

LES

HYSTÉRECTOMIES

TOTALES

VAGINALES ET ABDOMINALES

DANS LE CANCER DE L'UTÉRUS

PAR

Le Dr L. BIGEARD

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX DE PARIS

Préface de M. PAUL SEGOND

Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris

Chirurgien de l'hôpital de la Salpêtrière



PARIS

LIBRAIRIE J.-B. BAILLIÈRE ET FILS

19, RUE HAUTEFEUILLE, PRÈS DU BOULEVARD SAINT-GERMAIN

1899

PRÉFACE

Cette préface m'est d'autant plus agréable à écrire que l'ouvrage à présenter n'est pas seulement consciencieux et fort bien pensé. Il a de plus l'attrait d'un grand à-propos. C'est qu'en effet le courant qui, depuis peu, va grossissant en faveur de l'Hystérectomie abdominale dans le traitement du cancer utérin est particulièrement rapide et, pour un peu, si l'on s'en tenait à certaines lectures, on pourrait croire que le progrès réalisé est, à ce point, colossal : que tout cancer utérin opéré par la voie haute, à temps et comme il convient, ou mieux comme il conviendrait, c'est-à-dire avec évidement lymphatique complet du pelvis, aurait, désormais, toutes les chances du monde de ne pas récidiver. Il y a donc bien là de quoi séduire les plus hésitants.

Toutefois, le contraste entre ce qui est et ce qu'on nous promet est si grand, qu'il est tout au moins prudent d'y regarder de très près avant de se laisser convaincre. Pour ma part, je n'y ai point manqué, et depuis que les chirurgiens américains ont remis l'opération de Freund en honneur, depuis surtout que je les ai vus moi-même à l'œuvre, je n'ai pas cessé de chercher dans ma pratique personnelle ou dans mes lectures, les éléments d'une appréciation qui me parût justifiée. Ce travail de contrôle m'a conduit assez vite à la conclusion peu encourageante, mais, je crois, non contestable, que, pour le moment, la révolution thérapeutique en question se réduit à ce simple fait que l'hystérectomie abdominale peut et doit remplacer l'hystérectomie vaginale dans

certains cas déterminés, sans que celle-ci, pratiquée à propos, cesse, pour cela, d'être une bonne opération et sans que le pronostic lamentable de nos interventions contre le cancer utérin soit, hélas! beaucoup modifié. En peu de mots voici mes raisons.

Les 95 observations d'hystérectomie vaginale consignées à la fin de ce travail m'ont une fois de plus démontré que l'ablation des utérus cancéreux par le vagin comporte le jugement suivant : Lorsqu'on hystérectomise alors que le cancer s'est plus ou moins étendu soit au vagin, soit aux ligaments larges, le pronostic opératoire est déplorable et le résultat thérapeutique ne vaut pas mieux. La récidive est fatale et bien heureux doit-on se dire, quand le bistouri n'active point l'évolution du mal ou ne crée pas une fistule urinaire, urétérale ou vésicale impossible à réparer. La mortalité opératoire est au contraire à peu près nulle quand on opère à la période de début, et, de plus, les résultats thérapeutiques, sans être brillants, ont cependant une certaine valeur. Les malades qu'il m'a été possible d'opérer dans ces conditions en témoignent. Trois d'entre elles n'ont récidivé que de la 3e à la 7e année, j'en observe neuf autres qui sont encore indemnes de toute récidive apparente. Cinq sont opérées depuis plus de deux ans ; deux, depuis près de cinq ans ; et deux, depuis plus de neuf ans. Pour un total de 55 opérées, c'est à la vérité peu, mais c'est tout de même quelque chose quand on songe que, de par leur maladie, ces 95 femmes étaient toutes condamnées à mort.

Il ne me semble donc pas douteux que les états de service actuels de l'hystérectomie vaginale dans le traitement du cancer utérin, pour médiocres qu'ils soient, n'en suffisent pas moins à la garantir de l'ostracisme dont elle est, paraît-il, menacée. Quand elle est bien indiquée, et je tiens à le répéter, elle ne peut l'être que pour les cancers bien limités

à l'utérus, sans aucun envahissement cliniquement appréciable des ligaments larges ou du vagin, c'est, en somme, une opération simple et bénigne qui donne, par exception, des survies assez longues pour faire tout au moins croire à la guérison vraie et qui, dans nombre de cas, mérite d'être considérée comme la meilleure des opérations palliatives puisque, pour un temps souvent assez long, elle donne aux malades la parfaite illusion de la guérison.

Faudrait-il donc renoncer à ce mode d'ablation pour lui préférer l'hystérectomie abdominale toujours et quand même? Je ne le crois pas et, si mes cinq observations personnelles de cancers utérins traités par laparotomie sont, à coup sûr, insuffisantes pour légitimer ce doute, je n'en demeure pas moins convaincu, de par ce que j'ai vu ou lu, qu'il répond à la vérité. Que disent en effet les gynécologistes décidés à enlever tous les utérus cancereux par le ventre sans plus jamais recourir à l'hystérectomie vaginale? Leurs arguments sont au nombre de trois. Ils observent d'abord que les perfectionnements actuels de l'hystérectomie abdominale en ont fait une opération dont la gravité n'est pas beaucoup plus grande que celle de l'hystérectomie vaginale: j'en sais même qui ne craignent pas d'affirmer qu'elle est plus bénigne. — Ils font en outre valoir cet argument très séduisant que la laparotomie permet seule de faire une toilette lymphatique complète du petit bassin et d'enlever, avec l'utérus, tous les ganglions injectés. — Prenant enfin leurs espérances pour des réalités, ils déclarent, dores et déjà, que l'opération, pratiquée dans ces conditions, augmente dans une proportion des plus notables, les chances de guérison définitive.

Or, à mon sens, l'analyse des faits jusqu'ici publiés aussi bien que nos connaissances sur l'anatomie des lymphatiques pelviens permet d'affirmer que, pour l'instant, cette argu-

mentation reste presque tout entière d'ordre purement théorique. — En effet, s'il est vrai qu'une hystérectomie abdominale terminée sans difficulté particulière peut être, aujourd'hui, considérée comme presque aussi bénigne qu'une hystérectomie vaginale, j'imagine qu'il serait au moins osé d'en dire autant d'une hystérectomie abdominale complétée par l'éradication complète de tous les lymphatiques pelviens. Et cependant, qu'on ne l'oublie pas, cette toilette pelvienne, facilitée ou non par des ligatures comme celles des hypogastriques, est la condition *sine quâ non* de toute ablation dite radicale. Il en résulte que l'assertion première des laparotomistes exclusifs est sûrement erronée. L'opération faite comme elle doit l'être pour remplir le programme annoncé est plus grave que l'hystérectomie vaginale.

Peu importe, du reste, et cette gravité serait tout à fait négligeable si nous avions, en compensation, la réelle possibilité d'enlever, avec l'utérus cancéreux, tous les ganglions compromis, aussi bien qu'on peut le faire, par exemple dans une ablation de sein avec toilette axillaire. Mais c'est précisément là que l'hystérectomie abdominale manque à toutes ses promesses. Car le fait est trop clair et plus que démontré pour les anatomistes, quels que soient les perfectionnements du manuel, si minutieuse que soit la recherche des ganglions suspects, il n'est pas un opérateur qui les puisse enlever tous et justifier ainsi par la perfection du résultat la gravité certaine de son intervention. Et voilà pourquoi la deuxième raison invoquée à l'actif de l'hystérectomie abdominale n'est pas autre chose qu'une vue théorique. Quant aux allégations concernant la supériorité des résultats thérapeutiques, il se peut que l'avenir les confirme plus ou moins, mais, à cette heure, elles attendent toutes leurs démonstrations.

Nous voilà donc assez loin des merveilles promises et la vérité d'aujourd'hui, c'est que dans le traitement du cancer

utérin envisagé d'une manière générale, l'hystérectomie abdominale ne donne encore que des résultats bien voisins de ceux de l'hystérectomie vaginale. — Très meurtrière et parfaitement impuissante quand elle s'adresse à des cancers avancés, elle ne présente, tout comme l'hystérectomie vaginale, des avantages réels de sécurité et d'efficacité que pour les cancers pris à leur période de début, alors qu'ils sont encore cantonnés à l'utérus lui-même, sans aucune trace appréciable de propagation. Est-ce à dire que les cancéreuses utérines n'aient pas à bénéficier des perfectionnements techniques actuels de l'hystérectomie abdominale? En aucune manière et comme je le disais au début, pour n'avoir point les proportions étonnantes dont parlent certains gynécologistes, le progrès n'existe pas moins et le voici : c'est que, dans certains cas déterminés, l'hystérectomie abdominale doit être préférée à l'hystérectomie vaginale. — A celle-ci, reviennent tous les cancers du col et les cancers du corps assez petits pour être enlevés sans risque de contamination péritonéale. C'est à l'hystérectomie abdominale qu'il faut au contraire recourir pour tous les cancers du corps compliqués de ramollissement du col ou trop gros pour passer par le vagin sans morcellement de quelque importance.

Telles sont les idées générales sur lesquelles se guide une pratique dont mon élève et cher ami Bigeard a bien voulu se faire l'interprète. Mais je tiens à le dire très haut, il n'a trouvé là qu'un simple canevas. Grâce à ses recherches, grâce aux nombreux documents qu'il a compulsés, groupés et judicieusement appréciés, il a fait de son travail une œuvre essentiellement personnelle, fort sage et, je crois, très profitable. En d'autres termes, Bigeard ne s'est point du tout contenté d'adopter mes opinions. Il a su les faire siennes et, tout en s'attachant surtout à les confirmer, il n'a rien négligé pour donner à son lecteur les documents voulus pour qu'il

puisse lui-même juger en toute connaissance de cause, non pas seulement la valeur respective des deux opérations mises en présence, mais aussi toutes les questions relatives soit à leur manuel opératoire, soit à leur parallèle avec les interventions dites palliatives dont il n'est pas plus permis de nier aujourd'hui les avantages possibles qu'à l'époque encore récente où l'hystérectomie vaginale était la seule opération radicale qu'on pût leur opposer.

Les développements donnés à ce côté du sujet sont même d'un intérêt très particulier. Reprenant cette idée déjà émise par Cittadini, que dans les amputations vaginales partielles, le dôme utérin respecté peut opposer « une barrière moins vite franchie à l'extension de la récidive dans le sens nuisible », Bigeard montre à son tour, en termes fort clairs, comment la conception d'un dôme pelvien protecteur donne à la fois une explication plausible des belles survies conférées par les amputations partielles et une preuve nouvelle de cette vérité pratique si capitale qu'en présence d'un cancer qui n'est plus cantonné dans l'utérus lui-même, le plus sage est, pour l'instant, de recourir au traitement palliatif et de renoncer à toute tentative de cure radicale. Ceci soit dit aussi bien pour l'hystérectomie abdominale que pour la vaginale.

Cet aperçu général du travail de Bigeard laissera, j'espère, pressentir sa réelle portée. Si je n'ai pas su dire tout le bien qu'il en faut penser, les regrets seront du reste pour moi seul. Ses lecteurs sauront en effet très vite à quoi s'en tenir et trouveront beaucoup mieux que ma préface pour leur montrer aussi bien la valeur du livre que les grands mérites de l'auteur.

Paul Segond

LES HYSTÉRECTOMIES TOTALES

VAGINALES ET ABDOMINALES

DANS LE CANCER DE L'UTÉRUS

(*Opérations — Résultats — Indications*)

AVANT-PROPOS

En terminant mon internat, je suis profondément heureux de venir témoigner ma gratitude aux Maîtres, qui m'ont donné le plus précieux de tous les biens : leur enseignement, et qui m'ont prodigué leurs conseils et leur appui.

Je ne saurais oublier la grande bienveillance avec laquelle M. le professeur agrégé GAUCHER me traita au début et au cours de mes études. Mes deux premières années d'externat s'écoulèrent trop vite près de maîtres tels que MM. les professeurs JOFFROY et RAYMOND. Leurs leçons magistrales m'initièrent aux difficultés de la clinique médicale et des maladies nerveuses en particulier. Je ne saurais assez les remercier de l'intérêt qu'ils ont bien voulu toujours m'accorder.

En qualité d'interne provisoire, je ne pus rester que six mois avec M. le Dr THIBIERGE pendant une épidémie de typhus exanthématique, mon Maître sait quelle reconnaissance et quelle affection m'attachent à lui.

J'eus l'honneur d'être, durant un an, l'interne provisoire de M. le Dr LACOMBE. Avec une grande simplicité et

*

une grande clarté, il m'apprit ce que je sais de clinique et de thérapeutique médicales.

Que mes autres Maîtres en médecine, MM. ACHARD, DELPEUCH, DANLOS, DENY, BOURCY, BRÜHL agréent mes remerciements; plus j'avance dans l'étude de la chirurgie, plus je me félicite d'avoir passé près d'eux des instants, malheureusement trop courts.

Je garde une profonde reconnaissance à M. le Professeur DUPLAY pour l'honneur qu'il me fit en m'acceptant comme interne. Il me révéla ce qu'était et devait être la chirurgie dans son merveilleux enseignement. Je ne saurais trop le remercier de l'intérêt et de la confiance qu'il a bien voulu et veut bien encore m'accorder.

Les leçons si brillantes et si parfaites de M. le Professeur agrégé P. RECLUS sont et seront toujours présentes à mon esprit. J'aurais voulu, mais c'est peine inutile, que le Maître pût retrouver dans les quelques lignes écrites par son élève un peu de la clarté et de la précision qu'il aime tant.

J'ai fini mon internat près de M. le Professeur agrégé P. SEGOND. Je ne puis penser sans émotion à ce que je dois à ce cher et vénéré Maître. Qu'il me permette de lui redire encore une fois toute ma respectueuse et reconnaissante affection.

Je veux exprimer aussi tous mes remerciements à mes Chefs intérimaires dans les hôpitaux : à M. le Professeur agrégé PIERRE DELBET, à M. le Professeur agrégé J.-L. FAURE, à M. le Professeur agrégé HARTMANN, à M. POTHERAT, chirurgien de l'hospice de Bicêtre.

Je prie M. le professeur PINARD d'agréer toute ma reconnaissance pour le grand honneur qu'il me fait en voulant bien accepter la présidence de ma thèse.

INTRODUCTION

« Le chancre (cancer) de la matrice, dit Ambroise Paré, tant ulcéré que non ulcéré, est incurable, pour ce que l'on ne peut extirper et appliquer les remèdes propres ; partant, il faut user de cure palliative pour adoucir sa fureur et céder la douleur afin d'empêcher les accidents. » Si cette phrase fut la meilleure traduction de la vérité jusqu'à notre siècle, quel Maître en prendrait la responsabilité dorénavant et condamnerait sans espoir toute tentative dirigée contre le cancer. Est-ce une utopie que cette recherche de la guérison radicale de cette terrible maladie ? Nous hésitons, nous ne savons plus, c'est déjà un progrès. La lueur point à l'horizon à mesure que les méthodes médicales et chirurgicales se perfectionnent. La mortalité opératoire énorme d'autrefois fit reculer les plus audacieux, et le problème ne fut remis à l'étude que quand l'antisepsie le permit. Des interventions oubliées revirent le jour et se perfectionnèrent. Elles arrivaient avec l'espérance qu'elles seraient curatives, elles le furent peut-être dans quelques cas. Elles étaient tout au moins palliatives et des meilleures, puisqu'avec elles tout n'était pas perdu irrémédiablement.

Loin de nous l'idée d'aborder le problème difficile des opérations curatives et palliatives dans le cancer de l'utérus, nous n'en parlerons qu'autant qu'il sera nécessaire, autrement nous serions entraînés loin de notre but. Ne sommes-nous pas déjà effrayé par l'importance du sujet? Nous n'aurions pas osé le traiter, si nous n'avions été soutenu par la grande autorité des Maîtres qui firent entrer le traitement du cancer de l'utérus dans le domaine chirurgical. Qu'ils nous pardonnent de ne pas avoir fait un chapitre d'historique, il y eut tant d'écrits sur cette question de thérapeutique que nous avons déjà eu de la peine à citer les idées principales. Des polémiques anciennes et actuelles pour la priorité de certaines méthodes nous ont donné à penser que l'avenir ferait cette œuvre avec plus de facilité et de justice. En plus, nous n'étions pas qualifié pour entrer dans le débat, les noms des auteurs viendront au fur et à mesure de notre étude.

Plan. — Après avoir décrit les soins qui doivent précéder toute hystérectomie vaginale pour cancer et indiqué les instruments utiles avec les précautions que nous croyons qu'il faut apporter dans leur emploi, nous sommes passés à la technique opératoire. Les différents procédés sont classés au point de vue de l'ablation du néoplasme utérin, ils sont analysés par l'examen détaillé des temps opératoires. Nous n'avons pas oublié les difficultés opératoires, les accidents opératoires et post-opératoires, nous avons insisté longuement sur les résultats immédiats et éloignés. L'importante question des récidives et des survies a été traitée avec tous les développe-

ments qu'elle comportait. Dans un dernier chapitre nous avons établi les indications et contre-indications de l'hystérectomie vaginale totale.

La *deuxième partie* a été consacrée tout entière à l'étude si intéressante des tentatives actuelles d'hystérectomies abdominales totales pour cancer. Nous n'avons pas besoin d'énumérer nos chapitres, ils se suivent dans le même ordre que précédemment. Les indications des deux méthodes ayant été posées, un rapide parallèle des deux opérations vient préciser nos conclusions. Il nous était impossible de finir ce travail sans justifier les ablations totales et donner un aperçu général des opérations palliatives. Nous espérons que notre conception de l'intégrité du dôme pelvien trouvera quelques défenseurs.

Dans la *troisième partie*, nous rapportons les observations inédites, plus de cent, de notre Maître M. le Professeur agrégé P. Segond. C'est sa statistique complète qu'il mit entre nos mains; elle dirigea nos efforts, nos recherches et commanda nos conclusions. On comprend que nous ne saurions trop le remercier de cette grande marque de confiance, et que nous avons fait de notre mieux pour la mériter.

Les examens microscopiques des pièces anatomiques enlevées par hystérectomies totales dans le cours de l'année 1898 furent pratiqués par notre très cher ami et collègue, le Dr A. Claisse. Qu'il veuille bien agréer tous nos remerciements pour l'obligeance qu'il a mise à nous être utile.

PREMIÈRE PARTIE

HYSTÉRECTOMIES VAGINALES TOTALES

CHAPITRE PREMIER

Opérations.

I. — SOINS PRÉLIMINAIRES

Un examen très minutieux de vos malades vous ayant permis de croire que leur cancer utérin est justiciable de l'ablation totale, resterez-vous inactif les jours qui précéderont l'opération? Les soins courants d'antisepsie et d'asepsie que tout le monde préconise vous suffiront-ils? Nous pensons que l'on peut faire plus. M. SEGOND (1) dans cet ordre d'idées fut un des premiers, au mois de septembre 1892, à faire précéder l'hystérectomie vaginale d'un curettage minutieux de la cavité utérine, suivi d'une cautérisation au chlorure de zinc. Il disait dans une de ses communications (2) : « Parmi ces précautions, il en « est une, que je crois capitale : c'est le nettoyage complet « de la cavité utérine au début de toute hystérectomie. « M. QUÉNU (3) a donné un conseil analogue en disant

(1) BAUDRON, thèse de Doctorat, 1894, p. 43.

(2) SEGOND, Rapport sur les suppurations pelviennes. Congrès international de gynécologie et d'obstétrique, 1894, p. 33.

(3) QUÉNU, *Annales de Gynécologie*, mai 1892, p. 321.

« qu'il fallait « au fur et à mesure de l'ouverture de la « cavité utérine, toucher la muqueuse avec une solution « de chlorure de zinc au dixième ». Il me semble qu'on « peut faire mieux encore en faisant du curettage, avec « destruction certaine de tous les agents septiques conte- « nus dans l'utérus, le temps préliminaire, indispensable « de toute hystérectomie. » Là, plus que dans toute autre hystérectomie, ce temps est nécessaire, « parce qu'il diminue considérablement dans les cancers du corps et de la cavité, disent Cazin et Malherbe (1), les chances d'infection au cours de l'opération, en supprimant les dé- tritus infectés secondairement qui deviendraient une cause redoutable d'infection, surtout dans les cas où la cavité utérine se trouve largement ouverte au cours de l'opération. » Si nous sommes chaud partisan du curet- tage dans le cancer, nous pensons aujourd'hui qu'il ne doit pas être suivi immédiatement d'ablation totale. Il peut être fait à un moment plus favorable et de cette façon avoir son maximum d'utilité. Ne vous semble-t-il pas que l'hystérectomie vaginale serait pratiquée dans de meilleures conditions, si vous aviez depuis quelques jours nettoyé la cavité utérine? Ce travail de propreté vous au- rait permis en plus d'affirmer scientifiquement la nature du mal, et vous en apprécierez mieux le degré d'exten- sion.

Avant de recourir à l'hystérectomie, les signes clini- ques ne sont pas toujours suffisants ou peuvent être

(1) Cazin et Malherbe, Mémoire inédit présenté à l'Académie de Méde- cine, 1896. — Il contient plus de 100 observations d'hystérectomies vagi- nales pratiquées par MM. Terrier et Segond. Nous remercions nos amis Cazin et Malherbe d'avoir bien voulu nous communiquer leur important travail.

trompeurs; en général ce devra être le microscope qui imposera le diagnostic. Pourquoi les débris du curettage, les fragments néoplasiques ne seraient-ils pas soumis à l'examen de l'histologiste qui vous enlèverait toute hésitation? Mettons en garde contre les hémorragies qui se montrent à la suite d'extirpations même très minimes; quelques attouchements au thermo-cautère, un bon tamponnement vous en rendront toujours maîtres.

Il serait temps de passer à l'étude des moyens propres à aseptiser le futur champ opératoire. Le thermocautère, le curettage, certains pansements antiseptiques, tels sont les points sur lesquels nous voulons insister. Si, avec la curette, vous vous débarrassez de gros champignons cancéreux sans faire souffrir les malades, quelques cautérisations au thermocautère sur leurs points d'implantation seront d'une grande utilité. Cautérisez aussi les ulcères fongueux, les petites végétations, détruisez tout ce qui vous paraît envahi, servez-vous de l'action destructive du feu avant, pendant et après le curettage. Si on pratique ce dernier quelques jours avant l'opération, il est passible suivant la donnée courante d'un gros reproche : il faut endormir deux fois la malade. Nous ne le croyons pas et voici comment nous procéderions. A l'exemple de quelques chirurgiens français et allemands, nous avons fait des curettages à la cocaïne. Toute douleur a été supprimée et il nous a été possible de faire tout ce que l'anesthésie générale nous aurait permis. Nous pensons qu'on doit appliquer cette technique au curettage pour cancer. Un tampon de ouate de la grosseur d'une noix est trempé dans une solution de chlorhydrate de cocaïne à un pour cent (il ne faut se servir que d'une même solution, par crainte d'une erreur,

répète avec juste raison notre Maître M. Reclus); il est introduit au fond du vagin, y est laissé durant le temps que vous procédez à un nettoyage assez rapide de vos mains. Ce tampon est destiné à permettre vos manœuvres dans le vagin et le placement d'une ou deux pinces sur les lèvres du col. Grâce à elles, vous abaissez lentement et avec précaution cet utérus friable, avec une seringue d'Hégar, vous poussez doucement dans la cavité utérine deux centigrammes de votre solution, puis, prenant une seringue de Pravaz, vous piquez votre aiguille aux quatre points cardinaux du col, en plein tissu, vous injectez à chacun de ces points un centigramme de votre solution. Votre aiguille pénètre dans le muscle en même temps que vous poussez le piston de la seringue, elle se dirige vers l'intérieur de la cavité utérine. Vous l'enfoncez le plus que vous pouvez; d'ordinaire elle ne dépasse pas quatre centimètres en profondeur. Bien entendu vous avez vérifié la position de l'utérus, quoique cela n'ait aucune importance puisque votre aiguille se dirige toujours en dedans, jamais en dehors. L'anesthésie s'est faite pendant le temps que vous vous laviez les mains avec grand soin et suivant toutes les règles de l'antisepsie. Il est préférable de recourir aux bougies d'Hégar pour la dilatation, elle sera lente, progressive et pratiquée avec la plus minutieuse attention.

C'est un temps délicat, les perforations étant très faciles à réaliser. Nous reparlerons d'elles aux complications de l'hystérectomie vaginale et nous dirons quelle conduite le chirurgien peut adopter. Signalons encore les surprises que la dilatation causera, dans de rares cas, il est vrai. Des collections purulentes de quantité variable sié-

geant dans la cavité du corps, des pyomètres seront ouverts par cette tige qui deviendra évacuatrice en même temps. Dans les observations de M. Segond, les numéros 7, 9, 38, 41, 77, avaient des pyomètres, la dilatation les aurait évacués. Nous y attachons de l'importance, parce que nous préférons qu'un champ opératoire ne soit pas souillé par le pus. La malade n° 41 est morte de péritonite; qui pourrait affirmer que son pyomètre ouvert dans le cours de l'intervention n'a pas joué un rôle dans cette infection? S'il fallait apporter beaucoup de soins dans la dilatation, le maniement de la curette en réclame de semblables. Mettre autant de douceur que de patience pour nettoyer toutes les parties malades ; exclure toute violence qui pourrait causer de graves perforations, telle est la manière de se servir avec profit de cet instrument. Ce n'est pas un vrai curettage avec un manuel déterminé à l'avance que vous pratiquerez le plus souvent, mais un curage, un nettoyage. Vous n'oublierez pas votre thermocautère qui cautérisera ce qui reste de mauvais, les anfractuosités et les surfaces trop saignantes. Vous pourrez, suivant votre inspiration personnelle, laver, écouvillonner simplement ou avec des substances caustiques la cavité utérine, nous recommandons surtout un bon drainage. Une mèche de gaze stérilisée sera imprégnée de vaseline antiseptique : celle que notre maître M. Reclus indique pour l'embaumement des membres nous paraît satisfaire aux conditions recherchées. Nous prenons un corps gras pour qu'en fondant il diffuse partout les antiseptiques, et parce que nous pensons que son action est plus persistante. On renouvellera le pansement vers le troisième jour, puis alternativement tous les deux jours.

Cette vaseline antiseptique sera employée largement, on ne craindra pas non plus de recourir au thermocautère si on le juge à propos.

Les soins préliminaires doivent être appliqués suivant les mêmes règles au cancer du corps. Nous ne pouvons mieux faire que rappeler les conseils d'Hofmeier (1) à ce sujet.

« La désinfection devra naturellement s'étendre à la cavité utérine. Cette désinfection est fort difficile, et il arrive que, malgré les précautions les plus rigoureuses, des matières fétides s'échappent du col, au moment où l'utérus est abaissé pendant l'opération. Dans plusieurs cas de pyomètre très accusé à la suite de carcinôme du col, j'ai cherché à prévenir l'issue des matières purulentes pendant l'opération, en fermant le canal cervical à l'aide d'un fil de soie. Au cours de l'opération, je répète à différentes reprises la désinfection du champ opératoire. »

Si cette ligne de conduite est à recommander, nous croyons qu'il y aurait encore plus d'avantages à réaliser cette désinfection dans les jours qui précèdent l'opération.

Nous avons insisté sur ces soins préliminaires, voulant en montrer les raisons et la grande utilité. Ils nous permettent maintenant, avant de pratiquer l'hystérectomie vaginale, un examen plus rigoureux au point de vue des indications opératoires ; la délimitation entre les parties saines et celles envahies par le cancer est plus tranchée, plus facile à préciser.

Les soins préopératoires immédiats ne nous arrêteront

(1) Hofmeier, Manuel de gynécologie opératoire, traduction du docteur Lauwers, de Courtrai, 1889, page 294.

pas ; la table d'opération, la position à donner à la malade, la désinfection vaginale sont des sujets qui ont été bien exposés dans tous les livres classiques et trop connus de tous. Nous ajouterons seulement que, pour bien nettoyer un vagin, il n'est pas nécessaire de faire saigner abondamment les malades en leur dilacérant le col. Pour nous, c'est un principe d'éviter toute manœuvre brutale qui doit disséminer sans utilité de la graine cancéreuse dans le champ opératoire.

II. — INSTRUMENTATION

Liste d'instruments. — Énumérer les instruments qui sont nécessaires pour enlever un utérus cancéreux par la voie vaginale paraît être sans utilité, le néoplasme ne devant pas en exiger de spéciaux. Tout chirurgien connaît la valeur de ceux qu'il emploie et pour lui, à juste titre, ce sont les meilleurs. Ils diffèrent peu entre eux puisqu'ils dérivent des mêmes principes ; pourtant chacun a ses préférences particulières. Si leur liste a une importante relative, il n'en est pas de même de leur mode d'emploi. Il a été bien indiqué à différentes reprises ; nous devons profiter de cet enseignement, l'appliquer à la thérapeutique du cancer en tant qu'il lui convient et voir si cette maladie ne demande rien de plus.

Quand on fait le choix de son matériel, il vaut mieux pécher par excès.

1 valve longue à anneau.
2 valves courtes.
2 écarteurs à angle droit (modèle PÉAN).
6 pinces de MUSEUX à 4 dents.
2 — — — à 6 —
2 — — — à 8 dents.
12 clamps droits (modèle SEGOND).
6 clamps droits à mors minces, dents de KOCHER (modèle SEGOND).
2 bistouris ordinaires.
2 paires de ciseaux droits.
6 pinces à éponge à marque particulière.
1 thermo-cautère ou un galvano-cautère.

Nous pensons que cette liste peut suffire à tous les cas. On ne doit pas être surpris de voir quelques instruments en double, c'est que nous voulons qu'ils soient placés en deux plateaux différents. Dans celui qui servira le premier, pour l'attaque de la tumeur, nous mettrons :

Plateau n° 1
la valve longue à anneau.
1 valve courte.
3 pinces de MUSEUX à 4 dents.
1 pince de — 6 dents.
1 pince de — 8 dents.
3 clamps droits (modèle SEGOND).
2 clamps à mors minces.
1 bistouri.
1 paire de ciseaux.
1 pince à éponge.

Pour remplir le deuxième, il restera :

Plateau n° 2
1 valve courte.
2 écarteurs à angle droit (modèle PÉAN).
3 pinces de MUSEUX à 4 dents.
1 — — — à 6 —
1 — — — à 8 —

Plateau n° 2
- 9 clamps droits.
- 4 — — à mors minces.
- 1 bistouri droit.
- 1 paire de ciseaux.
- 5 pinces à éponge.

Si nous avons séparé les instruments en deux séries, c'est que, pendant la première partie de l'opération, le chirurgien travaille dans le néoplasme ou dans les régions avoisinantes; ses mains, ses instruments se souillent à toucher le cancer; aussi notre maître M. Segond se débarrasse-t-il le plus rapidement qu'il peut par une amputation du col. Dans la deuxième partie de l'intervention, il y aura grand avantage à ce que les mains et les instruments soient indemnes de tout contact suspect. Plus tard nous nous expliquerons plus longuement à ce sujet.

Mode d'emploi des instruments; leur utilité. — La valve longue à anneau abaisse la paroi vaginale fortement pour le curettage et le début de l'hystérectomie, son utilité disparaît après le pincement préalable des utérines.

La valve courte a un rôle plus important dans le cancer que dans toute autre affection. M. Segond a bien expliqué la manière dont on doit en faire usage. Elle protège la vessie durant les premières manœuvres du décollement de la paroi antérieure de l'utérus, elle permet le placement des pinces maîtresses des utérines. Il ne faut pas la prendre comme un écarteur ordinaire, l'enfoncer en pleins tissus, la faire pénétrer dans la boutonnière créée et soulever le plus possible pour donner de l'espace; nullement, on s'expose à déchirer la vessie. Son but est de permettre à votre vue de contrôler tous les tissus que votre ongle ou

votre ciseau va dilacérer ou couper. Pas de brutalité dans vos manœuvres; écartez simplement la paroi vaginale déjà décollée, « *ràtissez avec votre écarteur la paroi antérieure de l'utérus* », telle est l'expression pittoresque de M. Segond. N'y mettez jamais aucune force, ratissez de même pour montrer l'endroit où vous placerez vos pinces sur les ligaments larges. Toujours cette valve courte du commencement à la fin de l'opération devra être tenue en « *râteau* », dit M. Segond.

Les écarteurs de Péan ne sont employés qu'à la fin de l'intervention. L'un abaissant le cul-de-sac antérieur, l'autre le postérieur, ils permettent de vérifier le bon pincement, les surfaces cruentées, leur hémostase, leur propreté, celle du conduit vaginal et enfin le placement correct du pansement. Au jour que les écarteurs vous donneront en haut et en bas, M. Segond a ajouté une petite manœuvre pour montrer les parties latérales dans le fond de la plaie. Tandis que de sa main droite il peut, soit essuyer les tranches saignantes, soit placer une pince au point nécessaire, de sa main gauche il saisit le faisceau de toutes les pinces qui pendent dans le vagin. Il les sépare en groupe de droite et groupe de gauche; les pinces de droite, il les appuie contre la paume de sa main les enserrant solidement entre le petit doigt et l'annulaire, il peut donc ainsi écarter la paroi vaginale droite, celles de gauche il les passe entre le médius et l'annulaire, le médius et l'index les recouvrant et le pouce restant libre Que ce dernier vienne à rapprocher les anneaux, les mors ont un mouvement inverse, ceux de droite s'éloignant de ceux de gauche dans la profondeur; et vice versa.

Nous avons multiplié intentionnellement les pinces à

traction et à forcipressure (clamps). Personne ne nous fera de reproches quand on songera à la difficulté très grande de s'amarrer sur des tissus friables et à l'hémostase qui est loin d'être toujours simple. Quelques pinces même devront être rejetées, parce qu'elles auront été souillées, contaminées par le néoplasme. Si nous avons donné deux types de pinces-clamps, c'est qu'à part les quatre pinces maîtresses pour les utérines et les utéro-ovariennes, dans le cancer on est le plus souvent obligé d'en placer d'autres. Leur volume, leur poids ont des inconvénients que tous les chirurgiens connaissent, aussi M. Segond a-t-il fait construire par M. Collin un modèle beaucoup plus léger.

Pour les pinces porte-éponges, nous ne saurions mieux faire que de reproduire les quelques lignes que M. Baudron a écrites dans sa thèse :

« Je ne saurais, dit-il, assez insister sur la nécessité de donner aux pinces porte-éponges un signe distinctif extrêmement visible, par exemple d'en faire dorer les anneaux. On évitera ainsi deux accidents opératoires graves : l'*hémorragie* ou l'*abandon d'une éponge*. En effet, si rien ne permet de discerner les différentes pinces entre elles, il peut arriver que, croyant agir sur une pince porte-éponge, on tire une pince hémostatique, au point d'arracher la portion du ligament large qu'elle hémostasiait, provoquant ainsi une hémorragie dont on ne se rend maître bien souvent qu'au prix d'un pincement fait à l'aveugle et au hasard. De même, l'opération terminée, on croit ne laisser dans le vagin que des pinces hémostatiques; au bout de quarante-huit heures, on les enlève et la pince porte-éponge abandonne au fond du vagin une éponge qui devient fatalement le point de départ d'accidents septiques graves. »

Si durant l'extirpation du néoplasme les sections étaient faites toujours en tissus sains, si l'ulcération était isolée du champ opératoire, le bistouri resterait l'instrument de

choix, parce qu'il serait suffisant et simple. Ces deux conditions n'étant pas réalisées dans beaucoup de cas, on s'est servi de moyens qui paraissaient permettre la destruction à distance des germes semés ou laissés.

« L'instrument le plus avantageux, dit Mackenrodt, est le thermocautère ou mieux encore le galvanocautère (26 à 30 ampères) : ce dernier doit être substitué au bistouri. » Cette idée était aussi vieille que la chirurgie, Péan l'appliquait en pratiquant avec un cautère à lame spéciale ses premières hystérectomies pour cancer. Le mérite de Mackenrodt et Byrne fut d'ériger cette pratique en méthode qu'ils appelèrent la « thermocautérectomie ou mieux l'igni-extirpation ». On évitait, dit Mackenrodt, au cours de l'opération l'inoculation directe aux surfaces sanglantes et la pénétration dans les voies lymphatiques en s'abstenant de manœuvres brutales. J. Byrne recommandait l'usage du galvanocautère et disait en appréciant ses avantages :

« Il faut tenir compte de l'action destructive des hautes températures exercée sur les lésions siégeant au delà de la ligne opératoire, comme aussi de la protection contre l'infection post-opératoire (1).

(1) « Depuis 4 ans j'ai longuement médité ce point, et m'appuyant sur l'effet destructif obtenu par l'action d'une forte chaleur à distance sur les cellules cancéreuses siégeant en dehors de la zône opératoire, j'ai fait quelques expériences que je vais rapporter rapidement. Je pris un morceau de bœuf fortement enroulé sur lui-même par une corde et plaçai à sa partie centrale un thermomètre ; la température de la masse de viande ne dépassait pas 60° F., et son diamètre mesurait environ deux pouces et demi. Une pointe de cautère fut alors promenée doucement et à plusieurs reprises sur la masse, à un centimètre environ du thermomètre, en ayant soin de protéger celui-ci contre la chaleur rayonnante. Une incision semblable fut faite du côté opposé ; et avant même de l'avoir terminée, le thermomètre marquait 143° F.

« Plusieurs auteurs, ajoutait-il, ont suggéré que le courant n'était probablement pas étranger aux bons résultats que j'ai obtenus, mais je ne saurais encore établir ce point. Toutefois, au cours de mon expérience, j'ai cherché quelle pouvait être l'influence du courant induit à une certaine distance de son trajet dans l'électrode. J'approchai mon instrument d'un galvanomètre et, arrivé à deux pouces de celui-ci, l'aiguille fut brusquement déviée de 45° et même davantage. » En matière de cancer, il est admis que les courants électriques n'ont qu'une valeur bien relative, il n'en est plus de même pour la chaleur, qui a fait ses preuves dans les hystérectomies partielles. L'abandonner serait se priver bénévolement d'un bon agent thérapeutique ; l'employer sans règles et dans tous les cas nous paraîtrait une exagération. Prenez le thermocautère ou le galvano quand vous touchez au néoplasme, aux tissus qui sont sur ses limites, ou quand vous craignez des souillures du champ opératoire. Qu'on nous pardonne l'expression, c'est l'ouvrier des vilaines besognes, c'est l'instrument d'attaque en même temps que de destruction. Nous ne voulons pas dire qu'il faille abandonner les instruments tranchants tels que bistouris et ciseaux, mais nous croyons que le thermocautère et le galvanocautère sont les compléments indispensables de toute extirpation totale pour cancer.

soit une augmentation de 80 degrés. Je ne saurais préciser quelle augmentation de température se fait dans les conditions opératoires habituelles, mais elle doit être très considérable. » (J. Byrne.)

III. — MANUEL OPÉRATOIRE

La recherche de la guérison du cancer de l'utérus fit naître et progresser l'hystérectomie vaginale, et durant de longues années cette maladie et cette opération furent étroitement liées l'une à l'autre. Loin de nous l'idée d'étudier l'histoire des phases successives par lesquelles passa l'ablation totale par la voie vaginale, notre tâche est déjà bien trop lourde et nous craindrions d'embrouiller cette question difficile. Notre désir est de ne montrer que les points saillants qui doivent guider nos pas dans le choix troublant de multiples procédés. Nous ressentirions un certain plaisir à ce qu'on nous reproche cet esprit de simplification, parce que nous serions arrivés à notre but. Si nous cherchons à jeter un peu d'ombre sur le détail, c'est pour faire ressortir plus nettes les idées directrices des méthodes. Que de grands perfectionnements aient été réalisés, nous ne saurions l'oublier, puisqu'ils ont fait de l'hystérectomie vaginale une opération parfaite. Notre devoir est de montrer ce que chacun a apporté de nouveau, l'ordre chronologique ne devant pas nous attarder, puisque nous ne traitons pas la question de l'hystérectomie vaginale en général, mais de l'hystérectomie pour cancer. Il ne faut pas que l'extirpation du néoplasme soit enfermée dans les règles trop étroites d'un manuel opératoire unique, tout procédé deviendra nécessairement le meilleur, du moment qu'il sera adapté à un cas particulier. Si, bien variables, suivant les auteurs, paraissent être les temps d'une ablation, il nous semble malgré cela qu'ils peuvent être classés suivant deux méthodes. Ou vous

enlevez l'utérus d'un bloc en le respectant dans son intégrité, ou vous êtes obligé de le morceler, de le sectionner. La première méthode correspond aux débuts de l'hystérectomie vaginale, c'est l'ablation totale sans morcellement ; à la deuxième se sont attachés les noms de MM. Péan et Segond, c'est la méthode dite de morcellement (1).

I. — Méthode d'ablation totale sans morcellement

Ce serait commettre une criante injustice que de ne pas rappeler dès le début les noms de Sauter, Blundell et Récamier. Ils créèrent l'hystérectomie vaginale par la méthode d'ablation de l'utérus en un seul bloc sans toucher à son intégrité. Si Sauter posa nettement les indications, la technique opératoire appartient à Récamier. Nous ne rappellerons pas leurs descriptions, ni celles de ceux qui suivirent leurs exemples. Les insuccès furent si nombreux qu'en France l'hystérectomie vaginale sembla abandonnée pour toujours.

Il n'en était rien ; après quelques années d'oubli, cette opération renaissait plus vivante que jamais. A Paris, Péan, en 1882, fut un des premiers à la pratiquer et surtout à en montrer les avantages. Il fut un de ses plus ardents défenseurs et c'est grâce en partie à ses travaux et à ceux de ses élèves qu'elle prit rapidement droit de cité chez nous. En même temps que lui, Demons à Bordeaux, J. Bœckel à Strasbourg l'appliquaient à la thérapeutique du cancer. « Les résultats heureux de cette intervention, disait Péan, doivent être attribués à l'anesthésie qui a

(1) Guillemain, La pratique des opérations nouvelles en chirurgie 1865, p. 247.

permis de faire cette opération nécessairement longue sans faire souffrir les malades, au pincement temporaire et définitif des vaisseaux que nous avons imaginé pour économiser le sang, enfin aux moyens antiseptiques qui avaient été méconnus. » L'Allemagne de son côté était loin de se désintéresser de l'étude de cette question, de nombreuses publications en témoignaient ; celles de Czerny en 1876 méritent la première place, Billroth, Schrœder, A. Martin, Olshausen, etc., ne tardèrent pas à suivre cet exemple. La cause de l'hystérectomie vaginale pour cancer gagnait du terrain, elle envahissait la Suisse, l'Italie, la France.

Si les adhérents devenaient chaque jour plus nombreux, les procédés opératoires, tout en augmentant, ne différaient pas beaucoup les uns des autres, puisqu'ils dérivaient tous du type Récamier. Czerny avait insisté de nouveau sur la bascule antérieure, Billroth sur la bascule postérieure et les Français sur la bascule latérale ; mais l'utérus était toujours enlevé d'un bloc sans morcellement. Deux procédés résument cette méthode, celui de A. Martin (1881) qui groupe autour de lui les partisans des ligatures, celui de Richelot (1886) qui inaugure l'ère de la forcipressure des ligaments larges. Nous reviendrons plus tard sur cette question du choix des fils ou des pinces, question qui sera toujours l'objet de discussions.

1. — Procédé d'A. Martin

1er *Temps. Ouverture du cul-de-sac de Douglas et suture vagino-péritonéale* (1). — Le chirurgien fait porter le col, saisi par des pinces de Museux, très fortement en avant, de

(1) La description de ce procédé a été empruntée au Traité de Gynécologie de M. Pozzi, p. 393.

manière à tendre le cul-de-sac postérieur, qu'il incise dans toute sa largeur jusqu'au péritoine.

L'index de la main gauche est insinué dans cette boutonnière et avec une aiguille très fortement courbée, on place une série de points de suture tout le long de la tranche vaginale en comprenant toute l'épaisseur des tissus jusqu'au péritoine inclusivement. En procédant ainsi, on obtient une hémostase parfaite du côté des vaisseaux vaginaux qui sont souvent une cause de suintement inquiétant par sa continuité ; de plus on ferme les interstices cellulaires, et on empêche les décollements de se produire dans les manœuvres ultérieures. Parfois il peut être utile de mettre deux plans superposés de suture.

2e Temps. Suture hémostatique du plancher pelvien. — On change d'aiguilles pour en prendre une plus longue, plus forte et moins surbaissée. Des aiguilles de DESCHAMPS pointues sont ce qui convient le mieux pour ce temps spécial. Avec elles on place de chaque côté de la boutonnière deux grands points de suture prenant en masse la partie postérieure des culs-de-sac latéraux du vagin et allant profondément saisir à la base des ligaments larges les branches inférieures de l'artère utérine, sinon le tronc de ce vaisseau. Pour cette manœuvre, il faut placer son index dans la boutonnière et déprimer fortement en avant la base du ligament large que l'on porte pour ainsi dire au devant du point de suture.

L'aiguille entre à deux centimètres de distance de l'angle de la plaie, et (s'il ne s'agit pas d'une aiguille de DESCHAMPS) dès que l'index sent sa pointe, on va à sa recherche avec le porte-aiguille ; on l'attire et on la fait ressortir à un centimètre de son point d'entrée, de ma-

nière à étreindre à peu près un centimètre du cul-de-sac vaginal. On doit se servir de soie très forte pour cette ligature et serrer beaucoup. On passe ensuite un ou deux autres points de suture de chaque côté, en avant du premier et plus près du col ; de cette façon, tous les vaisseaux se trouvent oblitérés du côté du vagin avant qu'on ait terminé les premiers temps opératoires.

On n'a pas, d'après l'auteur, à redouter l'uretère, qui est situé plus en avant, et qui est très remonté, grâce à la traction exercée sur le col utérin par l'abaissement.

3e Temps. Circoncision complète du vagin ; décollement de la vessie. — Le col de l'utérus est porté en arrière, de façon à tendre le cul-de-sac antérieur. L'incision est complétée autour du vagin, il faut avoir grand soin, en avant, de se tenir aussi près du col qu'il est possible, tout en s'éloignant suffisamment des tissus malades; on s'exposerait sans cela à blesser l'uretère; le tranchant du bistouri doit, pour la même raison, être toujours dirigé vers le col, plus ou moins obliquement. Dès que l'incision du vagin est terminée, on abandonne le bistouri, et c'est avec le doigt qu'on procède au décollement de la vessie ; ce n'est qu'exceptionnellement qu'on peut employer les ciseaux. Il faut se souvenir que l'étendue et la force de ces connexions sont assez variables selon les sujets. Au bout d'un court trajet, le doigt sent un manque de résistance qui indique qu'on est arrivé à la limite des attaches de la vessie ; on peut parfois apercevoir le cul-de-sac péritonéal et le reconnaître à son aspect bleuâtre. On ne doit pas aller plus loin avant d'avoir arrêté par des points de suture placés sur la tranche des tissus l'hémorragie, très médiocre, qui peut alors se produire.

4e *Temps. Renversement en arrière de l'utérus ; ligature des ligaments larges.* — Le col de l'utérus est bien dégagé jusqu'à sa limite supérieure. On l'attire alors en avant, on déprime la partie postérieure de la plaie avec une valve ou un écarteur, et à l'aide d'une pince de Museux courbe, on saisit en arrière le fond de l'utérus, qu'on fait basculer dans la plaie ; la pince qui tenait le col est auparavant enlevée.

On éprouve parfois des difficultés à faire basculer l'utérus : cela tient le plus souvent à ce qu'on n'a pas entièrement libéré le col, et il faut compléter aussitôt ce temps préliminaire que les ligatures du plancher pelvien auront rendu exsangue.

Quand l'utérus a été inversé, la partie supérieure des ligaments larges, pourvue de ses ailerons, se trouve en bas, et la base de ces ligaments en haut. On en fera la ligature en trois paquets, sans qu'il soit besoin alors d'entrecroiser les fils pour une suture en chaîne On fait d'abord cette suture et cette section à gauche. Avant de détacher entièrement l'utérus, on place un point de suture réunissant le dernier paquet de ligament large lié à la commissure de la plaie vaginale. On procède ensuite de même du côté droit, et l'on termine en sectionnant les derniers liens qui retiennent l'utérus, en particulier le cul-de-sac antérieur qui a été ménagé, si on l'a pu. On termine par une toilette soigneuse.

5e *Temps. Drainage et pansement.* — A. Martin emploie un tube de caoutchouc en croix.

2. — Procédé de Richelot (1).

1er Temps. — La malade, préparée depuis plusieurs jours par des irrigations vaginales, est placée en travers sur son lit, le bassin légèrement élevé ; deux aides maintiennent les cuisses fléchies vers l'abdomen ; le chirurgien procède au cathétérisme et fait une injection de sublimé.

2e Temps. — Deux écarteurs coudés à lame étroite étant placés latéralement, l'opérateur déprime la fourchette avec un ou deux doigts de la main gauche et introduit une pince de Museux qui va saisir le col ; pour le tenir solidement, deux pinces placées côte à côte ne sont pas inutiles. L'utérus est abaissé doucement.

3e Temps. — Avec un bistouri ordinaire, incision du cul-de-sac vaginal antérieur. Ne la faites pas trop haut, de peur de toucher la vessie. Continuez l'incision circulairement autour du col, incliné, puis relevé à l'aide de pinces de Museux. Les deux écarteurs à lame étroite suivant les mouvements de l'opérateur sont presque toujours suffisants ; une valve de Sims qui donne beaucoup de jour sur un point, mais qui tire sur les parties voisines et empêche de voir l'ensemble, est rarement nécessaire. Le tranchant du bistouri, toujours perpendiculaire à la surface de l'utérus, détache entièrement la paroi vaginale, sectionne les brides cellulaires et dégage le col.

4e Temps. — Les doigts suffisent d'ordinaire pour décoller rapidement la vessie ; ils atteignent le fond de l'utérus et surtout le cul-de-sac péritonéal tendu au fond

(1) Richelot, Communication à l'Académie de Médecine, 13 juillet 1886, et *Gazette des Hôpitaux*, 1886, page 656.

de la plaie. Il faut alors soulever la vessie avec l'index de la main gauche, conduire une pince au ras de l'utérus, saisir et attirer le péritoine, y faire une boutonnière avec le bistouri ou les ciseaux. Puis les deux index, introduits dans la boutonnière, le déchirent largement ; une éponge est placée dans l'ouverture béante.

5e Temps. — En arrière, la manœuvre est beaucoup plus facile. En coupant vers l'utérus, on atteint vite le cul-de-sac péritonéal et souvent on l'ouvre sans l'avoir prévu ; en tous cas, le rectum est plus loin du bistouri que ne l'était la vessie tout à l'heure. La boutonnière faite et largement déchirée, on place une éponge montée comme devant ; l'utérus ne tient plus que par ses ligaments.

Tous ces temps qui précèdent ont pu être exécutés rapidement ; celui qui reste, long et pénible dans les anciens procédés, ne nous demandera ni plus de patience, ni plus de peine.

6e Temps. — Supposons d'abord que le cas est facile, que l'utérus descend volontiers. Après avoir complété, s'il y a lieu, par quelques coups de bistouri à droite et à gauche, le dégagement du col, j'introduis l'index de la main gauche en avant de l'utérus et j'accroche le bord supérieur du ligament large, puis prenant la pince longue et courbe sur le champ, j'introduis un mors dans la déchirure postérieure du péritoine et l'autre dans la déchirure antérieure. Le ligament se trouve ainsi embrassé ; je pousse de bas en haut et mon doigt placé en crochet m'indique si l'extrémité de la pince a dépassé le bord supérieur; alors je serre au dernier cran, je coupe au ras de l'utérus, et j'attire l'organe au dehors. Le pincement et la section du second ligament large se font à ciel ouvert.

Si au contraire l'utérus ne veut pas descendre, les premiers temps n'en sont pas notablement modifiés, mais le traitement des ligaments larges offre des difficultés nouvelles. Dans ce cas, les parties latérales du col étant bien dégagées, au lieu d'aller chercher le bord supérieur du ligament large peu accessible, je propose de saisir d'abord avec une pince droite sa moitié inférieure. Les mors de cette pince, un peu moins longue et moins puissante que la courbe, sont introduits de la même façon, puis on coupe au ras de l'utérus dans la hauteur de la pince. L'organe ainsi libéré à droite et à gauche, dans une grande étendue, se laisse attirer avec moins d'efforts et il devient aisé de placer d'autres pinces au niveau de ses cornes.

La plaie vaginale doit rester béante, et la cavité vaginale se remplit mollement avec des tampons de ouate iodoformée. Les pinces sont retirées au bout de 48 heures.

II. — Méthode d'ablation totale avec morcellement, ou méthode de Péan.

Procéder *par morcellement* ne veut pas dire, suivant M. Segond (1), enlever par morceaux, cela veut dire à la fois : diminuer le volume de l'organe par des sections, des résections ou des évidements appropriés ; modifier sa forme et détruire ou tourner les obstacles qui s'opposent à sa descente. A la vérité, l'hémisection antérieure ou la section totale antéro-postérieure, lorsqu'on les exécute seules, ne diminuent pas le volume de l'organe, mais elles modifient profondément sa forme, elles lui permettent de s'ouvrir, elles suppriment ainsi l'action des liens

(1) Segond, Bull. et mém. de la Soc. de chirurgie de Paris, 1895, p. 309.

qui retiennent ses parties basses et rendent possible l'abaissement de son corps. En un mot, dès qu'on sectionne l'utérus dans un sens ou dans l'autre pour l'abaisser, peu importe, à mon sens, qu'on le coupe en long ou en travers. Par cela seul qu'on le coupe, on suit une méthode absolument différente de l'ancienne hystérectomie en bloc, et cette méthode c'est le morcellement, c'est l'opération de PÉAN.

1. — Premier Procédé de Péan (1).

Pour enlever l'utérus par le vagin, la méthode que nous avons imaginée consiste, après avoir bien lavé ce canal, à en faire écarter le plus possible les parois par des aides, à disséquer le col en l'éloignant avec soin de la vessie et du rectum ; à couper ensuite le col en deux moitiés suivant son axe transversal, à attirer successivement le corps en fixant les lèvres du col avec des pinces de MUSEUX et en faisant basculer l'organe dans divers sens, jusqu'à ce que le feuillet viscéral des parois antérieure et postérieure soit mis à nu à son tour. A ce moment, l'organe n'est plus fixé que par les ligaments larges, nous mettons sur les artères utéro-ovariques un nombre suffisant de longues pinces hémostatiques pour arrêter le sang, puis nous lions en deux moitiés chacun des ligaments larges aussi loin que possible de l'utérus, dont il n'y a plus ensuite qu'à compléter le détachement. Pour plus de sûreté,

(1) PÉAN, De l'intervention chirurgicale dans les petites tumeurs de l'ovaire et de l'utérus. Ouvrage présenté à l'Académie de Médecine, séance du 5 juillet 1883. — PÉAN, Du choix de la méthode dans le traitement des tumeurs du bassin par la gastrotomie (*Gazette des hôpitaux*, 1885, p. 474).

nous ramenons les parties des ligaments larges sur lesquelles portent les ligatures entre les lambeaux conservés du vagin; nous fermons la suture de ces mêmes lambeaux à deux étages, et nous avons soin de fixer dans cette suture toutes les parties liées des ligaments larges.

Quand le col et le corps de l'utérus se rompent à cause de leur friabilité sous les pinces à traction, PÉAN dit (1) que l'opération ne pourrait être terminée si l'on ne se servait pas des longues pinces hémostatiques qu'il a fait construire à cet effet. Il ne faut pas craindre de multiplier les pinces, car, en pareils cas, il n'est pas rare de voir le tissu morbide déborder la tunique musculaire et pénétrer dans la base des ligaments larges. La perte de sang gênerait la manœuvre et serait menaçante si l'on n'avait pas recours à l'hémostasie temporaire et définitive.

Pour les cas difficiles, il conseille au chirurgien de se munir de deux cautères qui peuvent être portés successivement au rouge blanc, de telle sorte qu'il peut pratiquer sans interruption le morcellement. Grâce à la forme des cuillers, il enlève par fragments la totalité du tissu morbide du col et du corps de l'utérus, jusqu'au péritoine sans avoir d'hémorragie. Arrivé aux culs-de-sac, il ne doit pas craindre de les ouvrir, surtout le postérieur; saisissant alors le reste de la coque utérine avec des pinces de MUSEUX, et écartant convenablement avec des rétracteurs coudés les parois du vagin et la cavité artificielle qui les surmonte, il attire le fond de l'utérus et l'enlève par dissection, après avoir mis des pinces

(1) PÉAN, Du morcellement appliqué à l'ablation totale de l'utérus dans certains cas de tumeur fibreuse et de cancer (*Gazette des hôpitaux*, 1886, pp. 63 à 65).

hémostatiques sur la portion des ligaments larges dont les vaisseaux n'auraient pas été suffisamment détruits par le cautère. La cavité intermédiaire au vagin et au péritoine est nécessairement plus large dans ces sortes de cas que si elle avait été créée par le bistouri, parce que le chirurgien craint moins de détruire latéralement avec le cautère le tissu morbide. On ne peut non plus songer à la fermer au moyen de points de suture, de telle sorte que la cavité péritonéale reste plus ouverte.

2. — Procédé type de Péan.

Description de P. Segond (1). — Au début, Péan plaçait sa malade dans le décubitus latéral gauche, plus tard il préféra la position dorso-sacrée. La vulve est maintenue béante par des écarteurs coudés et courts et le col abaissé par des pinces de Museux. Ablation au cautère des tissus fongueux et des bourgeons cancéreux du col. Cela fait, la muqueuse vaginale est incisée tout autour du col avec un bistouri. La muqueuse vaginale saigne rarement assez pour qu'on soit obligé d'en saisir les vaisseaux avec des pinces à forcipressure. L'opérateur, avec le doigt, toutes les fois que la chose est possible, ou bien avec l'extrémité mousse d'un long écarteur de Péan qu'on manœuvre à la manière d'une rugine, procède alors au décollement des faces antérieure et postérieure de l'utérus. Ce décollement doit être poursuivi avec le soin constant de se maintenir strictement sur le tissu utérin. On évitera de la sorte la

(1) Segond, Bulletin et mémoires de la Société de Chirurgie, 1891, p. 153. — Baudron, Thèse de Doctorat, pp. 38 et 39 (citation presque complète). — Péan, Technique reconstituée d'après Secheyron, p. 532. — Longuet, De l'hystérectomie vaginale totale pour cancer de l'utérus. *Progrès médical*, 1899, p. 84.

blessure de la vessie et du rectum, et on ouvrira les culs-de-sac péritonéaux. La dénudation doit être poussée loin sur les parties latérales pour atteindre la base des ligaments larges.

La section des ligaments larges se fait d'après les règles suivantes : Deux écarteurs plus ou moins longs selon que les culs-de-sacs péritonéaux sont ouverts ou non, sont placés en avant ou en arrière pour protéger la vessie et le rectum. Les faces antérieure et postérieure de l'utérus apparaissent alors libérées sur une certaine étendue ainsi que la portion correspondante des ligaments larges. Cette portion des ligaments larges ainsi rendue visible et accessible est saisie dans une pince à mors parallèles, forts et courts, puis sectionnée au ras de l'utérus.

En aucune façon, il ne faut se servir de grandes pinces de Richelot dont les extrémités iraient saisir des portions de ligament large qu'on ne verrait pas. On cesserait alors de voir ce que l'on fait ; et on s'exposerait à blesser des organes importants.

Le segment de l'utérus libéré par la section partielle des ligaments larges est alors divisé avec de forts ciseaux en deux valves antérieure et postérieure.

Une pince à préhension est placée à la base de chaque valve et le segment d'utérus situé au-dessous d'elle est excisé. Les mêmes manœuvres sont répétées pour la portion restante du corps utérin. L'on procède par étapes successives. Chaque étape comprenant quatre temps principaux : 1° la libération des faces antérieure et postérieure de l'utérus ; 2° la section des ligaments larges ; 3° la division en deux valves de la portion d'utérus libérée par les deux manœuvres précédentes ; 4° l'excision des deux val-

ves ainsi obtenues. On arrive ainsi à pratiquer peu à peu l'ablation totale de l'organe sans perdre de sang et en voyant toujours ce que l'on fait. On peut même dire que la condition première pour pratiquer le morcellement en toute sécurité consiste à ne jamais pincer ou réséquer une portion de tissu, sans avoir nettement vu la région sur laquelle on va placer ses pinces ou porter l'instrument tranchant.

Selon qu'il y a ou non des lésions, les annexes sont enlevées par section, en dedans de pinces hémostatiques placées à cet effet, ou elles sont conservées.

« Est-ce à dire qu'une fois l'utérus enlevé et l'opération terminée, il y ait avantage à laisser à demeure dans tous les cas nos pinces, ajoutait PÉAN (1), et à ne jamais faire la ligature des ligaments larges et à suturer le fond du vagin? Tel n'est pas notre avis et c'est seulement sur ce dernier point que nous différons de ceux qui n'ont ajouté que cela à notre procédé opératoire. Nous ne lions les ligaments larges que dans les cas simples et alors qu'il y a avantage à placer sur eux et sur le fond du vagin quelques points de suture. Dans les cas contraires nous préférons laisser les pinces à demeure et l'expérience nous a démontré que le péritoine supporte merveilleusement leur contact, aussi bien dans l'hystérectomie abdominale que dans la vaginale.

3. — Procédé de Segond

Notre Maître M. SEGOND (2) ajoutait au procédé type

(1) PÉAN, *Gazette des Hôpitaux*, 1886, page 951, et Congrès français de chirurgie, séance du 19 octobre 1886.

(2) BAUDRON, Thèse de Paris 1894. Nous la citons textuellement, pour ce procédé; déjà nous lui avons fait des emprunts importants.

de Péan depuis l'année 1892, les facilités opératoires que donnent l'évidement conoïde central ou les hémisections utérines en permettant de faire basculer le fond de l'utérus en avant ou en arrière, et d'en pratiquer plus sûrement l'ablation complète.

« Le col étant fortement saisi par chacune de ses lèvres avec des pinces de Museux, on incise la muqueuse vaginale; à l'incision circulaire classique, M. Segond ajoute deux petites incisions latérales parallèles à la base des ligaments larges. Le cul-de-sac postérieur étant effondré, et la vessie complètement décollée du col avec le doigt, deux pinces longuettes courtes sont placées à la base des ligaments larges sur les artères utérines, et la portion de ligament hémostasiée est sectionnée. Le col ainsi libéré est divisé par deux incisions latérales en deux valves antérieure et postérieure et chacune de ces valves est successivement réséquée. Ainsi les deux premiers temps du procédé de Segond ne diffèrent pas des deux premiers temps du procédé de Péan. L'évidement ne commence que lorsque le col a été envelé par résection transversale après hémostase préventive des artères utérines. A ce moment, l'opérateur, maintenant avec une pince de Museux la lèvre postérieure du moignon utérin, peut tenter une hémisection antérieure à la manière de Doyen. Si cette manœuvre ne suffit point à faire descendre l'utérus, on procède alors immédiatement à *l'évidement central conoïde* (1).

(1) Note de M. Baudron. L'expression *évidement central* ne semble pas avoir toujours été parfaitement comprise. Elle ne signifie point qu'on évide du centre de l'utérus vers sa périphérie, mais bien de la face péritonéale vers la cavité, en se tenant toujours *au centre* de l'organe.

Armé d'un bistouri courbe, on dessine en plein tissu utérin un cône dont la base répond à la pince de Museux. Avant de détacher complètement ce cône, on s'amarre avec une pince à deux dents sur la lèvre du cône creux concentrique qu'on vient de tailler et l'on achève l'ablation du cône plein. La même manœuvre est ainsi répétée en cheminant pas à pas, j'allais dire cône à cône, du col vers le fond de l'utérus. Le point capital de ce procédé, c'est de se tenir toujours sur la ligne médiane de la face antérieure de l'utérus. Si l'on se conforme à ce précepte fondamental, même en exerçant sur l'utérus une traction modérée, on opère pour ainsi dire à blanc. »

Peu à peu, grâce à la disparition de la paroi utérine antérieure ainsi réséquée par segments coniques successifs, l'organe bascule en avant dans le cul-de-sac antérieur, entraînant avec lui le bord supérieur des ligaments larges. A ce moment seulement l'opérateur doit songer à l'hémostase. En dehors des annexes si celles-ci sont entraînées à la suite du corps utérin, en dedans d'elles, pour peu que des adhérences solides les empêchent de descendre, l'opérateur place de haut en bas de petites pinces longuettes, généralement deux par ligament large. Chaque ligament est sectionné et les pinces retombent en faisant décrire à la portion du ligament qu'elles hémostasient une torsion de 180°. A mesure qu'une pince est placée, on sectionne une étendue de ligament égale à la longueur de ses mors et, en deux ou trois coups de ciseaux, l'utérus est libéré et l'opération terminée avec quatre ou six pinces.

L'organe ainsi enlevé est un utérus sans col et sans paroi antérieure. Seule la paroi postérieure a été géné-

ralement respectée. Je dis généralement, car pour peu que des adhérences solides la fixent dans le cul-de-sac de Douglas, il ne faut pas hésiter à la traiter comme la paroi antérieure, à en évider la portion médiane, de telle sorte que l'utérus, réduit à ses deux angles tubaires, s'infléchisse au niveau de son fond comme au niveau d'une charnière.

L'utérus enlevé, la recherche et l'ablation des annexes adhérentes sont faites suivant les règles déjà données.

En somme, ce procédé n'est autre chose qu'un *morcellement;* il diffère cependant du procédé de Péan en ce que l'hémostase, sauf pour les utérines, au lieu d'être préventive, est consécutive. Il en résulte cet avantage très appréciable d'arriver à la fin d'une hystérectomie laborieuse, sans être encombré par d'autres pinces que celles qu'on a placées dès le début de l'intervention sur les artères utérines.

4. — Procédé Muller-Quénu

De la manœuvre opératoire proposée par Muller, qui consistait à sectionner l'utérus dans toute sa hauteur d'avant en arrière sur la ligne médiane pour réaliser l'hémostase comme dans le dernier temps de l'hystérectomie vaginale par bascule latérale, M. Quénu a fait un procédé d'hystérectomie parfaitement réglé.

« Le col (1) étant saisi latéralement avec deux fortes pinces à traction, la muqueuse vaginale est incisée et l'hémostase de cette muqueuse saignante est faite, séance tenante, par l'application de pinces hémostatiques. On dénude alors sur une certaine étendue le col en arrière

(1) Baudron, Thèse 1894. Citation textuelle.

et en avant ; assez souvent il est possible d'atteindre vite le cul-de-sac recto-utérin et de le défoncer. Une fois cette dénudation bien faite on incise verticalement et au milieu, la portion du col libérée, avec des ciseaux ; on peut, au fur et à mesure de l'ouverture de la cavité utérine, toucher la muqueuse avec une solution de chlorure de zinc au 10me. On reporte alors les pinces à traction un peu plus haut, toujours sur les côtés ; la section utérine figure ainsi un triangle dont la base s'élargit par l'écartement des deux moitiés du col incisé.

L'abaissement de l'utérus permet au doigt d'accomplir une nouvelle dénudation suivie d'une nouvelle section antéro-postérieure. Bientôt le fond de l'utérus apparaît et semble comme plonger au milieu. On l'accroche avec le doigt introduit par le cul-de-sac qui a été ouvert et on achève l'incision médiane. Il faut à ce moment saisir près du fond, chaque moitié utérine avec une bonne pince de Richelot et l'attirer au dehors, en lui faisant subir un mouvement de torsion : les deux pinces à traction sont ainsi rejetées sur les côtés et au dehors, tenues par un aide, et le chirurgien n'a plus à s'occuper que du nettoyage de la cavité péritonéale, et à terminer l'opération en assurant l'hémostase définitive soit au moyen de pinces soit au moyen de ligatures; puis on résèque chaque moitié de l'utérus. Dans ses premières opérations, M. Quénu plaçait une ligature sur l'étage inférieur du ligament large dès le début de l'opération. Actuellement il y met une pince à mors courts et forts. Enfin quand la grande pince est placée sur le ligament large, comme les mors peuvent être écartés l'un de l'autre à leur extrémité, M. Quénu jette, quand il a des doutes, une ligature en masse par-

dessus la pince, en dehors d'elle, sur le ligament large. »

M. Quénu a modifié sa technique de telle sorte qu'il ne fait plus d'hémostase préventive, ce qui lui paraît plus simple (1).

5. — Procédé de Doyen.

Exploration préliminaire (2). — « Nous avons l'habitude, si le col est ramolli, d'enlever à la curette tout ce qui est friable. Cette pratique est excellente et purifie le champ opératoire.

Nous n'envisagerons pas les cas de cancer limité à la cavité du col avec intégrité de ses couches superficielles, l'opération ne différant pas d'une hystérectomie ordinaire pour métrite ou rétroversion douloureuse.

Un manuel opératoire particulier est au contraire nécessaire lorsque le cancer s'étend assez loin sur la portion vaginale du col.

Si la lèvre antérieure est envahie jusqu'au cul-de-sac vésico-vaginal, la vessie est explorée à l'aide d'une longue pince courbe, afin de juger où l'incision doit être faite en ce point. Ces particularités déterminées, l'opération proprement dite commence.

1er Temps. Isolement d'une large collerette vaginale (3). — Les tissus envahis se trouvant friables et ne pouvant donner aucune prise utile aux pinces à griffes, nous procédons de la manière suivante : un pli de la muqueuse vaginale est pratiqué à l'aide de deux ou trois des longues pinces à

(1) Longuet, De l'hystérectomie vaginale totale pour cancer de l'utérus, *Progrès médical*, 1899, p. 87.

(2) Doyen, Technique chirurgicale. Paris, 1897, citation textuelle.

(3) Richelot décrivit cette manœuvre en 1887.

griffes qui nous servent dans les opérations de fistules vaginales profondes, puis incisé avec les ciseaux à 2 ou 3 centimètres au-dessous des limites du néoplasme, perpendiculairement à l'axe du vagin. La lèvre supérieure de l'incision soulevée et décollée, l'index gauche est introduit dans la plaie et détache la muqueuse vaginale au niveau du cul-de-sac latéral correspondant. La muqueuse ainsi soulevée est incisée sur le doigt. La même manœuvre est répétée sur le côté droit du col.

Le péritoine postérieur n'est pas encore ouvert. Il est en effet inutile de l'inciser si l'impossibilité de décoller la vessie vient s'opposer à la continuation de l'hystérectomie.

Le décollement de la vessie est en effet le temps le plus délicat de l'opération, et plusieurs fois, il nous est arrivé, avant d'avoir adopté le manuel opératoire que nous décrivons à ce moment, de perforer le bas-fond vésical, envahi par le néoplasme. Le cancer, inférieurement limité au museau de tanche et au canal cervical, peut en effet pénétrer plus profondement jusqu'au trigone vésical.

Le col superficiellement sain est alors facilement détaché de la vessie, parfaitement libre au niveau de l'insertion du vagin et le doigt, introduit de confiance dans la profondeur, pénètre tout à coup dans le réservoir urinaire, dont le bas-fond se trouve infiltré de productions épithéliales. Nous avons dans quatre de ces cas suturé immédiatement la vessie avec succès.

Notre procédé actuel de décollement des tissus péricervicaux, de dehors en dedans et de haut en bas, n'expose guère à cet accident. En effet, le vagin est d'abord décollé et incisé de chaque côté du col, et nous ne péné-

trons entre ce dernier et la vessie que latéralement et non plus de haut en bas. Si l'index rencontre sur le côté de la cloison cervico-vésicale des tissus ramollis, il est inutile de continuer l'opération et on se contente d'une résection des parties accessibles du néoplasme.

Le doigt vient-il à pénétrer librement entre le col et le bas-fond vésical, le décollement est poursuivi et la muqueuse vaginale du cul-de-sac antérieur est sectionnée, sans danger de blessure de la vessie, aussi bas que possible.

Le cul-de-sac péritonéal postérieur, toujours plus facilement accessible, est alors ouvert d'un coup de ciseaux, le col est saisi où il paraît offrir une certaine consistance et détaché le plus haut possible avec les doigts de ses connexions celluleuses avec l'étage inférieur des ligaments larges.

On applique latéralement en avant, puis en arrière, 2 ou 3 autres pinces, soit 4 ou 6 pinces sur tout son pourtour. La collerette vaginale détachée avec le col fait aussi corps avec lui et l'on peut s'assurer que l'extirpation du néoplasme est parfaite.

On pratique alors entre les 2 pinces antérieures l'hémisection de la lèvre antérieure du col : l'hémisection est prolongée, le péritoine ouvert et le corps utérin, généralement sain en pareil cas, extrait sans difficultés. Les ligaments utérins sont pincés aussi haut que possible, de manière à assurer une large extirpation du néoplasme. »

Doyen (1) conseille même de faire des ablations plus ou moins étendues de la paroi vaginale.

(1) Doyen, Ablation du vagin. Technique chirurgicale, p. 291.

« L'ablation du vagin soit partielle, soit totale, est indiquée dans certains cas de dégénérescence épithéliomateuse superficielle de la muqueuse compliquant ou non le cancer du col.

L'ablation du segment supérieur du vagin est souvent, dans les cas de cancer du museau de tanche, un complément indispensable de l'hystérectomie vaginale et doit être pratiquée très largement. Cette précaution nous a permis d'éviter chez plusieurs femmes la récidive.

Opération. — Nous pratiquons cette opération délicate de la manière suivante ; la muqueuse vaginale fixée, à l'aide de pinces à griffes et à crémaillère, au-dessous du point dégénéré, est incisée au niveau des parties latérales du vagin, où la blessure du rectum et de la vessie n'est pas à craindre. La lèvre supérieure de cette incision saisie à l'aide d'une pince à griffes est isolée des tissus sous-jacents. L'index gauche, puis le droit, introduits successivement dans la plaie, détachent alors sur tout son pourtour le segment vaginal supérieur qui est sectionné en bas circulairement. La vessie est elle-même décollée de ses parties latérales vers la ligne médiane et toute la surface cancéreuse est détachée en bloc avec l'utérus, sans être déchirée et fragmentée par des tractions malencontreuses. L'opération est ainsi très complète et donne toutes les chances possibles d'une guérison durable. »

Considérations. — La part de M. RICHELOT dans l'hystérectomie vaginale est déjà si belle, qu'il ne nous semble pas absolument nécessaire de décrire un procédé de RICHELOT (deuxième et troisième manières) (1). C'est un

(1) LONGUET, Hystérectomie vaginale totale pour cancer de l'utérus. *Progrès médical*, 1899, p. 85.

procédé qui se rapproche beaucoup de celui de Péan très simplifié : le morcellement y joue un moins grand rôle, les pinces sont moins nombreuses. Sa particularité est l'excision d'une collerette vaginale. Cette manœuvre spéciale, conseillée par Richelot, dès 1887, pour cancer, consiste à reprendre en sous-œuvre l'incision vaginale, et à enlever de parti pris, après la dissection du cul-de-sac antérieur, un lambeau de muqueuse vaginale, même saine en apparence, et aussi largement que possible. Le chirurgien a vu les récidives se faire en ce point, et il espère ainsi les prévenir. Doyen a adopté en 1897 la pratique de Richelot avec une légère modification technique.

Tous ces procédés opératoires et ces méthodes sont applicables au cancer du col ainsi qu'au cancer du corps de l'utérus avec quelques modifications propres à chacune des deux affections. Elles seront indiquées dans l'examen détaillé des temps de l'hystérectomie vaginale.

IV. — ÉTUDE CRITIQUE DES DIFFÉRENTS TEMPS OPÉRATOIRES

1° Position. — Elle doit être la même que dans toute hystérectomie vaginale, par conséquent nous ne devons pas la discuter. Qu'on mette la malade en décubitus latéral gauche, comme le voulait Péan, ou en décubitus dorsal, position dorso-sacrée, le siège plus ou moins relevé, les cuisses plus ou moins fléchies, cela ne nous regarde pas. Nous pouvons seulement ajouter que le décubitus latéral gauche, malgré le jour qu'il donne dans le champ opératoire, est abandonné par presque tous les chirurgiens, à cause des aides plus nombreux qu'il nécessite.

2° Abaissement, dessin et exécution des incisions vaginales autour du col. — Saisir et abaisser le col n'est pas toujours facile. Les prises sont loin d'être bonnes et solides, elles sont faites sur les tissus accessibles, le placement des pinces ne dépendant pas de vous, mais étant commandé par le degré d'envahissement du néoplasme. Elles prennent comme elles peuvent les lèvres du col, tantôt isolément, tantôt en les réunissant, en évitant, bien entendu, de léser la vessie. Dans certains cas, le cathétérisme avec un instrument métallique peut avoir son utilité, d'ordinaire il suffit de s'éloigner le moins possible de l'orifice externe.

Si dans l'hystérectomie vaginale les chirurgiens emploient presque toujours le bistouri, nous croyons qu'il est préférable, surtout pour le cancer du col, de se servir du thermo-cautère. A l'action hémostatique qui nous importe peu, il joint son action destructive sur place et à distance, et les tranches plus ou moins sanglantes qu'il crée sont moins absorbantes. L'incision qu'il devra tracer ne pourra être soumise à des règles, puisque sa lame doit passer en tissus sains et que la seule préoccupation du chirurgien est de ne pas blesser la vessie et l'uretère. « L'incision doit être faite, dit Baudron, le plus près possible de l'orifice utérin en avant ; en arrière elle peut remonter plus haut sur le col d'au moins un centimètre en plus. » Cette formule ne doit être comprise que comme une règle de conduite très vague et très extensible, car rien n'est plus variable que le dessin d'une incision vaginale pour cancer. Nous croyons que le type préconisé par M. Segond, incision circulaire avec débridements transversaux est un des meilleurs, à condition

de lui faire subir les modifications particulières que nécessiteront les lésions. Il donne beaucoup de jour, et une sécurité absolue au point de vue de la vessie et surtout des uretères. En effet, M. Segond n'a jamais blessé ce conduit, dans les 95 hystérectomies vaginales pour cancer qu'il a pratiquées.

Ce mode d'incision que nous ne saurions trop recommander convient aux cas de début ; il y a peut-être d'autres cas opérables où elle ne suffirait pas. Qu'on se reporte aux descriptions des collerettes vaginales enlevées par MM. Richelot et Doyen. Il nous semble pourtant que, sans préjuger des indications, rarement ces détails de technique seront applicables, parce qu'alors le cancer a franchi les limites de l'utérus et est en train d'attaquer le paramètre et le vagin.

3° Décollement du paramètre en avant, en arrière, et un peu latéralement. — Ce temps est un des plus difficiles à bien exécuter dans le cancer du col. Il faut de multiples précautions pour éviter la blessure de la vessie. Le décollement se fera avec l'ongle, en se maintenant sur le tissu utérin, à peine donnera-t-on les quelques coups de ciseaux nécessaires. On ne cherchera pas à faire de grands décollements d'un coup ; on avancera pas à pas sans y mettre de violence, les écarteurs ne seront jamais manœuvrés avec brusquerie. Les tissus seront décollés en avant le plus loin possible, ainsi que sur les parties latérales, pour repousser les uretères. Si vous constatez que la vessie est envahie, n'allez pas plus loin, ne cherchez pas à enlever cet utérus au prix de grandes difficultés, nous verrons dans la suite que vous n'en seriez pas récompensé, contentez-vous d'une opération partielle. Le décollement du cul-de-sac

postérieur est toujours simple, mais l'ouverture du Douglas ne doit être pratiquée qu'après avoir bien nettoyé le vagin. Il faut savoir maintenant s'abstenir d'une exploration inutile du péritoine pelvien. Durant ce temps, le thermocautère manié avec prudence aura pu rendre quelques services.

4° Hémostase préventive des utérines. — Amputation du col après s'être solidement amarré sur le corps. — L'étude de ce temps va nous permettre d'entrer dans la discussion des procédés, parce que l'hémostase a joué un rôle capital dans l'histoire de l'hystérectomie vaginale.

I. *Hémostase.* — L'hémostase peut être réalisée par trois procédés différents : par les ligatures, par les pinces à demeure, par l'angiotripsie.

1° *Les ligatures.* — Tous les gynécologues allemands demeurent fidèles à la ligature, à l'exclusion des pinces, et l'appliquent plus ou moins exactement comme A. Martin. Si quelques-uns, comme Baumann, Hofmeier, Küstner, Prodrownich, Von Rosthorn, Wehmer; se servent tantôt des pinces, tantôt des ligatures, la grande majorité, Asch, Bode, Czerny, Everke, Von Erlack, Gunther, Kotschau, Meinért, Hermann, Schauta, Thorm, Werth, Saenger n'emploient que les ligatures (1). C'est une des raisons qui nous a poussé à décrire longuement le procédé de A. Martin; car c'est le procédé type des ligatures.

En supprimant les sutures vaginales qui sont en partie inutiles, et en ne pratiquant que l'hémostase préventive

(1) Longuet, De l'hystérectomie vaginale pour cancer de l'utérus. *Progrès médical*, 1899, p. 87. — Technique générale de l'hystérectomie vaginale. *Semaine gyn.*, 1898, p. 380.

des utérines et de leurs branches, on arrive à un procédé très simple qui a conservé de fervents adeptes. En France, depuis que le pincement des ligaments larges a été imaginé, il est resté sans contestation à l'ordre du jour; pourtant quelques chirurgiens ont fait des restrictions pour des cas donnés et en sont revenus à l'ancienne conception de Péan. Pour eux, il n'y aurait que des avantages à remplacer les pinces par des ligatures, quand l'hémostase par les fils est d'une application facile et sûre. Ainsi, dans le prolapsus, MM. Quénu (1), Longuet (2), Doyen, etc., y eurent recours; notre Maître M. J.-L. Faure a décrit un procédé de ligature par étages du ligament large. La première condition d'une ligature pour être bonne est, nous dit-on, sa facilité d'application. Les gynécologistes français qui pratiquèrent des hystérectomies vaginales pour cancer furent tous unanimes à proclamer la difficulté qu'ils éprouvèrent à placer des fils. « Les ligatures des ligaments larges, écrivait Richelot(3), c'est la grosse difficulté, c'est la pierre d'achoppement... La suppression de ce temps, le plus difficile de l'hystérectomie, constituera un véritable progrès, puisqu'il abrégera la durée de l'opération, diminuera la violence des manœuvres et préviendra sûrement l'hémorragie. » Cet avis de M. Richelot fut partagé par tout le monde, et l'on reconnut que l'application des ligatures, à part quelques exemples, présentait des difficultés parfois trop grandes. L'hémostase, non seulement demandait beaucoup de temps, mais était loin

(1) Quénu, Bulletin de la Société de chirurgie, 1893.
(2) Longuet, De l'hystérectomie vaginale pour prolapsus. *Gaz. des hôp.*, sept. 1898.
(3) Richelot, Bulletin de la Société de chirurgie, 11 novembre 1885.

d'être sûre puisque plusieurs opérées moururent d'hémorragie. Que pensons-nous encore de cette ligature de volumineux moignons, n'est-ce pas une des conditions des plus défavorables? Le fil lui-même devient une source de dangers. Noué, quand le néoplasme n'a pas disparu, il se souille de débris cancéreux, entraîne dans ses mailles, autour de lui, la graine qui doit fructifier au niveau de surfaces sanglantes. En serrant tout ou partie du ligament large, il peut remonter dans la cavité abdominale avant un nettoyage complet des portions avoisinantes; d'où crainte de greffe et d'infection. Corps étranger, c'est une épine dans une plaie, c'est une cause continuelle d'irritation jusqu'à ce qu'il soit éliminé. Infecté, il favorise la production de bourgeons autour de lui. Au point de vue général du cancer, nous pensons avec SAENGER que les ligatures sont défavorables, parce qu'elles laissent récidiver à leur niveau. Qui ne connaît d'exemples semblables à ceux que signale HENROTAY où l'on voit récidiver des tumeurs du sein au niveau de chaque point de suture? Pour toutes ces raisons, nous devons abandonner les ligatures dans l'hystérectomie vaginale pour cancer.

2° *Les pinces à demeure.* — « Tout procédé qui simplifiera le traitement des ligaments larges, disait M. RICHELOT (1), tendra du même coup à éloigner les autres causes de mort, en diminuant la durée et la violence des manœuvres. Tout se résume donc à trouver un moyen qui atteigne ce double but : 1° assurer l'hémostase, 2° abréger la durée de l'opération. Or, ce moyen existe, il est entre nos mains;

(1) RICHELOT, Communication à la Société de chirurgie le 11 novembre 1885, et Communication à l'Académie de médecine, 13 juillet 1886.

MM. Trélat, Le Dentu (1) l'ont utilisé, mais seulement à titre auxiliaire, je veux parler des pinces longues qu'ils nous conseillent de placer temporairement sur les ligaments larges avant de les couper. Je crois que ces pinces, étreignant les deux ligaments larges pendant vingt-quatre heures, dispenseront des ligatures et rempliront parfaitement la double indication que je vous ai signalée. » Le Dentu et Trélat ne furent pas les seuls à appliquer des pinces à demeure par nécessité, avant eux Spencer Wells (2) en 1882, son élève Jennings en 1886 (3), Bœckel en 1884 (4) avaient eu recours à cette pratique qu'ils considéraient comme un pis aller.

(1) Trélat et Le Dentu, Société de Chirurgie, 4 novembre 1885. « J'ai placé une de ces pinces au voisinage immédiat de l'utérus, puis une seconde immédiatement en dehors de la première, et j'ai coupé entre les deux avec les ciseaux. De cette façon j'ai évité l'hémorragie qui aurait pu provenir des vaisseaux utérins et j'ai protégé ma ligne de sutures, pas assez cependant pour éviter la section d'une des anses, ce qui m'a déterminé à laisser la pince à demeure pendant 24 heures. » Longuet, *Progrès médical*, 1899, p. 39.

(2) Spencer Wells : « Je crois que l'opération serait très simplifiée si l'on procédait ainsi : attirer l'utérus en bas ; séparer les points d'attache du vagin, le plus près possible de l'utérus ou dans les points exacts où se réfléchit le péritoine sur ses parois, saisir tous les vaisseaux saignants aussitôt qu'ils sont divisés avec des pinces à pression, ne pas se servir de ligatures, mais laisser les pinces pendre hors du vagin pendant deux ou trois jours jusqu'à ce que tout danger d'hémorragie ait cessé. » — Ovarian and uterine tumours. London, 1882, p. 526. Traduction in Traité de Gynécologie de Pozzi, 3e édition, p. 426 en note — Longuet, *Progrès médical*, 1899, p. 39.

(3) Jennings, *The Lancet*, vol. I. Mars 1886, pp. 682 et 825. — Longuet, *Progrès médical*, 1899, p. 39.

(4) J. Bœckel, Société de Chirurgie, 4 juin 1884. « Deux longues pinces hémostatiques sont laissées à demeure à cause d'une faible hémorragie à la suite de l'extirpation d'un ganglion. Elles sont appliquées un peu au hasard et ne peuvent, vu les profondeurs de la plaie, être remplacées par des ligatures. »

Péan revendiqua l'honneur d'avoir le premier érigé la forcipressure en loi générale depuis 1875 (1) et de l'avoir dans la suite appliquée à des cas particuliers suivant certaines règles. « Personne avant moi ne s'était servi, écrivait Péan (2), de pinces à mors variés et appropriés pour faire le pincement préventif et définitif des ligaments larges aussi bien de l'utérus que du vagin, de la vulve, etc. Je ne lie d'ailleurs les ligaments larges que dans les cas simples (3), et alors qu'il y a avantage à placer sur eux et sur le fond du vagin quelques points de suture. Dans le cas contraire (4) (si les ligatures ne tiennent pas ou si un vaisseau vient à saigner), nous préférons les pinces à demeure et l'expérience nous a démontré que le péritoine supporte merveilleusement leur contact. Est-ce à dire qu'après que l'utérus est enlevé et que l'opération est terminée, il y a avantage à laisser à demeure dans tous les cas nos pinces (5) et à ne jamais faire la ligature des ligaments larges? Tel n'est pas notre avis, et c'est seulement sur ce dernier point que nous différons de ceux de nos collègues qui n'ont ajouté que cela à notre procédé opéra-

(1) Péan, Forcipression, Communication à l'Académie de Médecine, 19 janvier 1875.

Conclusions : en présentant ses pinces, M. Péan insiste sur 1° les modifications instrumentales qui, 2° permettent l'*hémostase préventive*, 3° permettent l'*hémostase temporaire*, 4° laissées en place pendant un temps qui varie en général entre 2 et 32 heures, suivant l'importance des vaisseaux, elles produisent l'*hémostase définitive*, 5° elles peuvent ainsi le plus souvent remplacer avantageusement la ligature; leur séjour dans les plaies ne déterminant jamais d'accidents.

(2) Péan, Réponse à M. Richelot. *Gazette des Hôpitaux*, 1886, p. 746.

(3) Péan, Congrès français de chirurgie. Séance du 19 octobre 1886.

(4) Buffet d'Elbeuf, Lettre. *Gazette des Hôpitaux*, 1886, p. 928.

(5) Péan, *Gazette des Hôpitaux*, 1886, p. 951.

toire. » « Péan, dit Pozzi (1), fait le pincement des ligaments larges pour peu que la ligature des vaisseaux soit laborieuse, Richelot a généralisé l'emploi des pinces à demeure à tous les cas indistinctement. » Ce n'est plus par « nécessité » comme un « expédient » qu'il les utilise, mais « de parti pris et comme méthode générale » (2) sans exceptions. Au point de vue du cancer, quelle est la meilleure pratique? Les ligatures furent de plus en plus abandonnées, notre Maître M. Segond ne s'en sert jamais et pour les raisons précédemment exposées, nous croyons que, dans le cas particulier, l'emploi exclusif des pinces doit être préconisé. Elles sont et furent appliquées en nombre variable. S'il y eut de l'exagération dans leur quantité, leur trop grande réduction pourrait avoir parfois de graves inconvénients. « Aujourd'hui et comparativement à ce qui se passait il y a quelques années, fait remarquer notre maître M. Potherat (3), leur nombre est très restreint; le plus souvent c'est deux, quelquefois trois pinces seulement employées pour chaque ligament large; il en résulte que les ligaments larges sont moins tiraillés, et que les opérées souffrent beaucoup moins. Il y a là une réelle amélioration. » Nous ajouterons seulement avec M. Baudron qu'il faut « soigner l'hémostase et ne pas hésiter à multiplier les pinces à demeure pour parer à toute hémorragie, » quand les circonstances vous y obligent, ce qui est l'exception dans les cas de cancer ne dépassant pas les limites de l'utérus.

(1) Pozzi, Traité de gynécologie, page 401.

(2) Richelot, Réponse à Buffet. Réponse à Péan. *Gazette des Hôpitaux*, 1886, p. 722 et p. 769.

(3) Potherat, Société de chirurgie, 1898, p. 609.

Une question qui a son importance vient de suite nous arrêter : c'est le placement des pinces aux différents temps de l'intervention.

« Selon que les chirurgiens pratiquent l'hémostase, « avant et après l'extraction de l'utérus, ou des deux « manières combinées, leur technique trouve place dans « les quatre grandes classes qui suivent (LONGUET) (1).

« *a*) Hystérectomies vaginales à *hémostase exclusivement « préventive* (associée au morcellement).

« *b*) Hystérectomies vaginales à hémostase *exclusive- « ment préventive d'un côté et exclusivement consécutive de « l'autre.*

« *c*) Hystérectomies vaginales à hémostase *exclusive- « ment consécutive.*

« *d*) Hystérectomies vaginales à hémostase *partiellement « préventive et partiellement consécutive* (c'est-à-dire « hémostase première des utérines et consécutive pour « les utéro-ovariennes. »

a) Le procédé type de PÉAN répond aux hystérectomies vaginales à hémostase exclusivement préventive associée au morcellement.

Il ne peut nous arrêter sous sa forme primitive, puisqu'il a subi de nombreux perfectionnements. MM. SEGOND et RICHELOT ont aussi recommandé l'hémostase préventive des utérines avec amputation du col (technique que nous apprécierons dans quelques instants), M. RICHELOT seul a continué l'ablation du corps par morcellement après hémostase préventive du reste du ligament large. Il diffère de PÉAN en ce que « le morcellement y est plus

(1) LONGUET, De l'hystérectomie vaginale pour cancer de l'utérus. *Progrès médical*, 1899, p. 84.— Reproduction textuelle.

raréfié, dit LONGUET, et en ce que les pinces hémostatiques préventives y sont mises en moins grand nombre. C'est un PÉAN très simplifié qui deviendrait peut-être le procédé de choix si les utérus cancéreux réclamaient le morcellement. »

Peu nous importe qu'on morcelle peu ou pas le corps de l'utérus, dans le cancer du col, qu'on le morcelle presque toujours dans le cancer du corps ; pour nous, le grand reproche à faire à M. RICHELOT est que la dernière partie de son hémostase est préventive. Si, dans les cas simples, sa manière de faire est applicable, dans les cas difficiles, ses pinces ont quelques inconvénients. Saisissant les ligaments larges, elles empêchent le chirurgien de profiter de leur laxité. Étagées dans le champ opératoire, elles gênent les manœuvres. De plus leur placement ne s'effectue pas sans peine dans beaucoup de cas, et quelquefois présente quelque danger. L'œil ne peut toujours vérifier l'extrémité de la pince, et il est arrivé, rarement il est vrai, de saisir une anse intestinale malgré les vérifications qui avaient été faites par le toucher.

b) Les procédés dérivant de RÉCAMIER, le premier procédé de RICHELOT rentrent dans les hystérectomies vaginales à hémostase exclusivement préventive d'un côté, et exclusivement consécutive de l'autre. « Remarquable par sa simplicité, un peu d'hémostase préventive, la suppression de tout morcellement, ce procédé, séduisant en apparence, est sans valeur, dit LONGUET. C'est d'ailleurs pour cela qu'il est totalement abandonné : 1° l'hémostase avec une seule pince de chaque côté est imprudente ; il faut qu'une deuxième pince parallèle, de sûreté, soit mise en prévoyance de rupture ou de dérapement ; 2° une seule

pince à mors longs, ainsi placée, serre bien dans le voisinage de la base du ligament large, c'est-à-dire auprès de l'articulation de la pince. Mais il y a toujours une zone de mauvais pincement au bord supérieur du ligament large, au niveau du bec de l'instrument; 3° le bec de la pince, en contact avec l'intestin, laisse les pédicules septiques haut situés en pleine cavité péritonéale. Au total, aucune garantie au point de vue de l'hémorragie, aucune garantie au point de vue de l'infection de la grande séreuse. » MM. Péan et Segond ont rejeté de leur pratique les grandes pinces de Richelot. « Il ne faut jamais songer, comme l'ont fait à tort quelques chirurgiens dans le cancer de l'utérus, à pincer d'un seul coup chaque ligament large de bas en haut, dans toute sa hauteur. En agissant ainsi, on s'expose à serrer entre les mors de la pince un des uretères ou une anse d'intestin (1) ». Il faut faire « un pincement par étage des ligaments larges à l'aide de petites pinces, ajoute M. Segond (2). » Si on évitait ainsi l'hémorragie, les défectuosités du procédé n'en persistaient pas moins. Il suffit de relire les observations de MM. Richelot, Terrier, Segond, de 1886 à 1890, pour comprendre la difficulté des manœuvres que le cancer aggravait encore par ses dangers d'infection et de dissémination.

3° Les hystérectomies vaginales à hémostase exclusivement consécutive appartiennent au procédé de Doyen et Quénu dernière manière. Chaque ligament large est enserré dans deux grandes pinces, une forte à mors élastiques,

(1) Péan, *Bulletin Médical*, 1890, p. 634.

(2) Segond, De l'hystérectomie vaginale. Bulletin et mémoires de la Société de chirurgie, février 1891.

une autre petite de sûreté, placée à côté de la première. Abandonnées à elles-mêmes, ces pinces se rabattent de haut en bas, elles abaissent par ce mouvement et par leur poids le ligament large dans le vagin en le tordant. Les parties inférieures de ce ligament deviennent les supérieures, ce qui pour nous n'est que désavantageux puisque c'est l'étage inférieur en contact avec le néoplasme qui remonte du côté de la cavité abdominale. On pourrait éviter ce reproche en étageant successivement ses pinces de haut en bas. Un autre inconvénient, beaucoup plus important, mérite d'être signalé. Durant toutes les manœuvres d'ablation le col cancéreux est resté dans la partie inférieure de la plaie s'offrant à tous les contacts, d'où menaces d'infection et d'inoculation. Rappelons encore les hémorragies continuelles et très gênantes dont se sont plaints les chirurgiens, du commencement à la fin de l'opération. Si, dans le cancer du corps, ces récriminations ont moins de portée, il n'en est pas moins vrai que l'hémorragie manque rarement et que l'abaissement est difficile. On doit de plus redouter tout particulièrement l'arrachement de tout ou partie du ligament large, ou sa déchirure à sa partie inférieure.

4° Il ne nous reste plus qu'à étudier l'hémostase suivant le procédé de notre Maître M. Segond : hystérectomies vaginales à hémostase partiellement préventive et partiellement consécutive (c'est-à-dire à hémostase première des utérines, et consécutive pour l'utéro-ovarienne). Cette hémostase préventive des utérines présente quatre avantages sur lesquels M. Segond (1) a insisté.

(1) Segond, Société de Chirurgie, 1898, p. 602.

1° Elle permet la section des ligaments utéro-sacrés, supprimant d'emblée le premier et principal obstacle à l'abaissement;

2° Elle assure dès le début de l'opération l'hémostase des tranches vaginales et la maintient si bien que, dans la grande majorité des cas, on n'a plus à s'en occuper ;

3° Exécutée comme il convient, elle fait un temps spécial et méthodique de la seule étape opératoire durant laquelle la blessure de l'urètre soit possible. Rien de plus simple, par conséquent, que de prendre les mesures voulues pour éviter cet accident, lequel est impossible durant les phases ultérieures de l'intervention;

4° Elle permet de débarrasser le champ opératoire d'une masse charnue, vraiment gênante qui est le col, et « de prendre une prise solide sur le corps de l'organe ».

Quant au pincement de haut en bas de l'étage supérieur du ligament large, M. Segond le juge ainsi : « Cette manœuvre est on ne peut plus simple, et jamais je n'ai vu que le point de mauvais pincement dont parle M. Quénu eût un inconvénient quelconque. » S'il se faisait une déchirure au milieu du ligament large, déchirure qui pourrait saigner facilement, il serait facile, suivant le conseil de M. Potherat, de remédier à cette hémorragie par une pince à mors un peu plus longs mise en dehors des deux premières.

Nous terminerons en revenant sur les *avantages généraux* des pinces. Leur placement est facile, rapide et sûr, leur nettoyage commode, au besoin elles peuvent être remplacées. Par leur poids, par les tractions qu'on exerce sur elles, les moignons descendent vers le vagin et s'y placent en conditions favorables, accrues par le panse-

ment protecteur. Les dangers d'infection et de dissémination se trouvent donc diminués. Elles permettent aussi une résection plus large des ligaments. Disparaissant du champ opératoire après 48 heures, elles ne jouent pas le rôle de corps étranger irritant. De plus leur action mortifiante ne peut être oubliée, surtout dans le cancer.

3° *La Vasotripsie ou l'Angiotripsie.* — Elle a été défendue par MM. Doyen et Tuffier. Ils l'ont réalisée à l'aide de pinces particulières qui portent leurs noms ; le nombre des modèles existant actuellement est assez grand, nous nous contenterons de signaler celui de notre Maître M. J.-L. Faure construit par M. Collin. Cette nouvelle pince, écrit M. Doyen (1), nous sert à écraser extemporanément les ligaments larges, qui se trouvent ainsi réduits à leurs feuillets péritonéaux.

« La plupart des artères se trouvaient ainsi immédiatement oblitérées. L'instrument enlevé, le point comprimé est réduit à une si faible épaisseur qu'il devient facile d'assurer l'hémostase à l'aide d'une ligature de soie très fine. L'emploi de cette pince à pression progressive, véritable clamp d'une puissance jusqu'alors inusitée, est donc des plus utiles toutes les fois qu'il est nécessaire de lier en masse un pédicule vasculaire d'une certaine importance et dont la constriction nécessiterait un fil volumineux. Dans l'hystérectomie vaginale, l'écrasement des ligaments est particulièrement avantageux, que l'on doive employer pour l'hémostase définitive les pinces ou les ligatures ». La pratique de M. Tuffier (1) diffère de celle de M. Doyen, en ce qu'il a simplifié le procédé au maximum. Une fois

(1) Doyen, Technique chirurgicale. Paris, 1897, p. 200, et *Revue de Chirurgie abdominale et de gynécologie,* n° 5, 1898.

le broiement des tissus opéré, l'instrument est enlevé et l'hémostase est parfaite ; il ne reste dans la plaie ni fils ni pinces.

Les hystérectomies vaginales exécutées par ces deux chirurgiens à l'aide de vasotribes ou d'angiotribes ont eu une hémostase partiellement préventive et partiellement consécutive (c'est-à-dire hémostase première des utérines et consécutive pour l'utéro-ovarienne). Qu'on se serve de ligatures ou de pinces légères ou qu'on les rejette, l'angiotribe peut être appliqué suivant les différents modes signalés plus haut pour les clamps habituels.

Nous n'avons pas à revenir sur les avantages ou les inconvénients de l'hémostase réalisée préventivement ou consécutivement ou les deux à la fois, les mêmes raisons persistent ; aussi acceptons-nous la manière de faire de MM. Doyen et Tuffier. Quant à apprécier le principe de la méthode, nous sommes très embarrassé ; car à côté du point de vue logique, il y a le point de vue pratique. Certainement ce serait la façon idéale de réaliser l'hémostase, surtout pour le cancer, que de suivre l'exemple donné par M. Tuffier. On fait disparaître les surfaces d'inoculations, on écrase les tissus, on ne laisse pas de corps étrangers dans la plaie. A côté de ces grands avantages, il a des inconvénients que la pratique actuelle fait ressortir et qui empêchent la généralisation à tous les cas.

Les manœuvres sont rendues difficiles, parfois impossibles par ces pinces encombrantes ; et l'écrasement ne

(1) Tuffier, Bulletin de la Soc. de Chirurgie, 1897 et 1898. — Tessier, *L'hystérectomie vaginale par angiotripsie* sans pinces à demeure ni ligatures. Thèse de Paris 1897-1898. — Tuffier, *Revue de Chirurgie abdominale et de gynécologie*, n° 4, 1898.

garantit pas toujours contre les hémorragies primitives et secondaires. Certainement le jour où l'on aura à sa disposition une pince maniable comme un clamp ordinaire avec une force de pression suffisante, ce sera la méthode idéale à tous points de vue pour l'hémostase de l'hystérectomie vaginale dans le cancer de l'utérus.

Après avoir développé longuement les raisons qui nous font considérer l'hémostase préventive des utérines comme la meilleure, nous allons passer à son exécution. A ce moment seulement, il faut placer dans le Douglas son index qui doit être débarrassé de toute souillure, et introduire sur lui l'un des mors d'une pince de Segond, tandis que l'autre mors s'engage dans la déchirure du cul-de-sac antérieur mis à jour par un écarteur. M. Segond dirige le bec de sa pince, qui est suivi de l'œil et du doigt, en dedans vers la ligne médiane pour la ramener en rectitude en enserrant le ligament large et en ne prenant que lui. La première pince est appliquée du côté gauche, la même manœuvre est répétée ensuite à droite. La base des ligaments larges étant sectionnée, l'utérus s'abaisse ; le col est divisé transversalement en deux valves, l'une antérieure, l'autre postérieure, qui sont réséquées après s'être amarré solidement sur le corps.

II. *Amputation du col.*— Nous ne pouvons revenir sur les avantages que présente cette amputation du col, nous en avons assez parlé. La disparition du cancer du champ opératoire, voilà l'idéal réalisé dans la mesure du possible. Avec ce col néoplasique s'en vont les chances d'infection et de dissémination, la fin de l'hystérectomie va se poursuivre avec la même simplicité que s'il s'agissait d'un prolapsus. N'oubliez pourtant pas de nettoyer, de tou-

cher au thermocautère, les tranches saignantes, les sections utérines et la cavité béante du corps, et protégez votre péritoine en arrière par une éponge ou une compresse; ce n'est pas une besogne inutile. Laissez aussi les instruments du plateau n° 1 qui sont souillés pour ne vous servir plus que de ceux du n° 2, appropriez vos mains, le cancer du col est enlevé, il ne reste plus qu'un fragment d'utérus. Pour le cancer du corps au contraire les difficultés vont commencer; ne craignez pas d'apporter des soins au placement de vos pinces à traction, le besoin va s'en faire sentir.

5° Morcellement, extraction et dégagement. Pincement consécutif de la partie supérieure du ligament large. — Une fois le cul-de-sac antérieur ouvert et le péritoine garanti si l'utérus est petit et abaissable, l'opération ne peut être plus facile, le corps descend sans qu'on touche à son intégrité. D'ordinaire dans l'épithélioma du col les manœuvres sont simples, des hémisections, des résections minimes suffisent. Il est presque toujours inutile de sectionner l'utérus en 2 valves droite et gauche. Pour le cancer du corps, à part les cas de médiocre volume, il n'en est plus de même. L'intervention est d'autant plus difficile que le corps est plus volumineux et plus profondément envahi. Protégez de votre mieux les surfaces cruentées voisines, protégez votre péritoine en avant et en arrière et tâchez de dégager votre utérus, le plus possible dans l'axe avec de légères et nombreuses bascules du fond en avant et en arrière et même latéralement. Extirpez-le en évitant de souiller les parties voisines. Ouvrez sa cavité au thermocautère, cautérisez-la fortement, morcelez même avec cet instrument, c'est de

bonne guerre. Les difficultés qui surviennent tiennent à deux raisons : à la friabilité utérine due soit à l'envahissement du cancer, soit à la dégénérescence lardacée de l'utérus, au volume de la tumeur. Vous vous êtes amorcé par une hémisection antérieure respectant la paroi postérieure de l'utérus qui vous sert de voile protecteur et vous essayez l'extraction. Si elle n'est pas possible, vous réséquez la paroi antérieure par évidement conoïde de préférence. En réalité enlevez la paroi antérieure comme vous le pourrez et suivant la gêne qu'elle vous cause pour diminuer lé volume de l'organe. Vos pinces se sont étagées de bas en haut au fur et à mesure de l'extraction, elles ont été placées avec le plus grand soin et vous n'exercez pas sur elles des tractions trop fortes et surtout trop brusques ; parce que vous redoutez l'arrachement d'un lambeau d'utérus. Si cela se produisait, la matrice, n'étant plus maintenue par les pinces qui ont dérapé, remonterait dans la cavité abdominale, et laisserait fuir des matières septiques et dangereuses. Vous voyez que ce n'était pas prendre une précaution inutile que de bien protéger son péritoine. Le volume gêne moins par les sections et résections multiples qu'il peut nécessiter que par les difficultés qu'il apporte à l'abaissement. Avec des bascules variées mais minimes, vous finissez par faire sortir le fond de l'utérus, quelquefois même ce temps s'exécute plus vite que vous ne l'auriez désiré, et vous risquez de rompre une partie ou même la totalité d'un ligament large. Songez à cet accident grave et prenez vos précautions en conséquence, en ne tirant pas sur le fond de l'organe quand il est au dehors et en le soutenant, le poids des pinces pouvant à lui seul produire cette déchirure.

Pour le dégagement proprement dit, nous ne pouvons mieux faire que de reproduire la page où M. Longuet (1) énumère les différents procédés : « Ces procédés sont simples ou composés, selon que l'extraction se fait par une ou plusieurs manœuvres élémentaires.

a) *Procédés simples*. — Types purs : l'extraction de l'organe utérin peut se faire :

1° en *antéversion* monofragmentaire ou bascule en avant : Procédé de Czerny (1) ;

2° en *antéflexion* monofragmentaire fissurée ou *hémi-résection* médiane de Doyen ;

3° en *antéversion* multifragmentaire avec *hémirésection* médiane de Segond ;

4° en *rétroversion* monofragmentaire ou bascule en arrière de Richelot (première manière) ;

5° en *latéroversion* monofragmentaire après section prématurée d'un seul ligament large (ancien procédé français) ;

6° dégagement *dans l'axe*, monofragmentaire, ou nouveau procédé français ;

7° dégagement *dans l'axe*, multifragmentaire, ou *morcellement* de Péan-Segond ;

8° dégagement dans l'axe bifragmentaire par *endoversion* et *bisection médiane* de Quénu.

La valeur exacte de chaque procédé est extrêmement variable. Je dirai seulement que, sans chercher à être éclectique, aucun procédé ne me paraît devoir être systématiquement rejeté, parce qu'il trouve son application dans certains cas donnés, mais de l'inégale valeur il résulte que certains *modus faciendi* sont nécessairement

(1) Longuet, *loco citato*, et *Semaine gynécologique*, 1898, p. 378.

appelés à devenir, les uns, des procédés *courants*, les autres, des procédés *d'exception*. »

b) *Procédés combinés.* — Ce serait peut-être un peu compliquer la manœuvre du dégagement, que de s'attacher trop au principe de cette classification. Nous dirons seulement qu'elle nous rappelle à juste titre les moyens dont nous disposons. En résumé, dans les cas faciles, tous les procédés sont bons, le chirurgien emploie celui qu'il a en main ; dans les cas difficiles, on fait ce que l'on peut surtout dans le cancer et on tient compte de ce que l'expérience a appris.

Nous n'avons plus à revenir sur le pincement consécutif de la partie restante du ligament large, nous en avons assez parlé à l'hémostase.

6° Ablation des annexes. — Quand on parle d'extirpation totale, on ne veut pas seulement dire ablation complète de l'utérus, mais encore extirpation de tout tissu cancéreux. Si, dans certains cas exceptionnels, la castration ovarienne devient une obligation du fait seul de l'envahissement néoplasique, doit-on enlever les annexes de parti pris malgré leur état d'intégrité ? La majeure partie des chirurgiens le pense, nous allons expliquer leurs raisons. Beatson (1) s'attache à la démonstration de l'influence probable de la sécrétion ovarienne sur la prolifération épithéliale. Partant de ce principe, il pratiqua la castration dans les cas de cancers inopérables du sein. Ses résultats l'encouragèrent et il étendit cette pratique aux cancers utérins avancés évoluant chez des femmes en deçà de la ménopause. Les modifications locales auraient été

(1) Beatson, Traitement du cancer inopérable, *Soc. Gyné. Angl.* 8 avril 1897, *Brit. Méd. J.*, mai 1897, *Semaine gynécologique*, 1897, p. 261.

telles, dit-il, qu'il y aurait lieu de supposer qu'elles auraient abouti à la guérison dans des cas plus favorables. Les faits ne plaident-ils pas en faveur de cette hypothèse? La suppression physiologique de la fonction ovarienne paraît jouer un rôle dans l'évolution des cancers de l'utérus. Ceux qui se développent après la cessation des règles ont une durée plus longue, et la survie semble d'autant plus grande qu'on se rapproche de la ménopause. N'est-ce pas là une des raisons de la moindre gravité des néoplasmes du corps? L'âge, auquel on accorde une grande importance dans la question du pronostic, serait subordonné aux rapports de l'utérus et de l'ovaire. Cette action élective de la sécrétion ovarienne sur les proliférations épithéliales était battue en brèche par les compatriotes de Beatson, par Granville, Bantock et Bostreman-Josset (1). Une malade de Bantock mourait de cancer de l'utérus après avoir subi longtemps auparavant l'oophorectomie pour fibrômes. M. Segond enlevait un cancer du corps de la matrice à une femme qu'il avait opérée quelques années plutôt de tumeur papillaire de l'ovaire. Ce ne sont pas les seuls exemples que nous pourrions relater où, malgré l'ablation antérieure des annexes, on vit la dégénérescence maligne frapper l'utérus. Que la suppression de la fonction ovarienne n'empêche pas le cancer de se développer, nous en sommes certains; il n'en est pas moins incontestable qu'elle joue un rôle que nous devons retenir. Peu nous importe qu'on l'explique par la disparition de la sécrétion interne de l'organe, ou plus simplement par le repos dont bénéficie l'utérus, puisque les

(1) Simpson, *Brit. Méd. J.* et *Lancet*, 6 juin 1896. — *Société Médic. Chir. d'Edimbourg*, 20 mai 1896.

poussées congestives qui accompagnaient les règles ont disparu (1).

Se plaçant à un autre point de vue on étudia les rapports des affections malignes des annexes avec l'invasion primitive de l'utérus.

« L'observation clinique, dit A. E. Clarke (2), nous montre de plus en plus que l'apparition des tumeurs malignes dans les trompes résulte d'une propagation directe du processus morbide localisé primitivement dans l'endométrium du corps de l'utérus. La propagation peut sans doute se faire par les lymphatiques, mais le fait est rare.

« Les caractères histologiques d'un épithélioma de la trompe présentent des ressemblances si frappantes avec le cancer de l'endométrium du corps que l'on finit nécessairement par considérer le processus morbide comme une propagation des lésions utérines.

« Le cancer de l'ovaire est pour une large partie secondaire au cancer de l'utérus.

« Le cancer et le sarcôme de l'ovaire sont tous deux des processus secondaires. La forme épithéliale du cancer ayant son origine dans la muqueuse du col ou dans le segment inférieur de l'utérus, et le sarcôme ayant son point de départ dans le tissu conjonctif du fond de l'organe, sont des processus susceptibles de se généraliser en intéressant les ovaires.

(1) Stanley Boyd, Oophorectomie dans le traitement du cancer. *Brit. Méd. J.* 2 octobre 1897 et *Semaine gynécologique*, 1898, p. 31.

(2) Clarke (A. E.), Rapports des affections malignes des annexes avec l'invasion primitive de l'utérus. *The Ameri. Jour. of Obst.*, oct. 1896, et *Semaine gynécologique*, 1897.

« Lorsque le carcinôme prend naissance dans le tissu glandulaire de la muqueuse utérine, il peut donner lieu rapidement à une dégénérescence polypoïde de l'endométrium, et à des noyaux métastatiques dans les annexes. »

Les vingt-trois cas de cancers primitifs des trompes publiés par Alban Doran, ceux de Jacobson et d'Hubert Roberts vont à l'encontre des idées de Clarke. Enrico d'Anna (1) croit que le cancer du col n'entraîne par lui-même aucun retentissement sur les trompes. Il en est de même dans la grande majorité des cas pour les ovaires, pourtant les noyaux métastatiques signalés plus haut ont été trouvés par un certain nombre d'opérateurs. Nous ne pourrions fixer un chiffre exact, ils sont rares, mais indéniables. M. Cornil en rapporte un exemple provenant d'une intervention de M. Segond, l'examen histologique d'une nodosité blanchâtre située en plein tissu ovarien montre que le cancer avait pénétré jusque-là. Une autre fois, nous croyons nous trouver en face de pareille complication, le microscope dissipa l'erreur, le petit noyau n'était formé que de fibrine. La vérification microscopique est donc toujours nécessaire pour affirmer les métastases cancéreuses de l'ovaire.

Il ne nous reste plus qu'à présenter une dernière considération en faveur de l'ablation des annexes. En la pratiquant, on enlève une grande partie des ligaments larges, une grande partie des lymphatiques et du tissu cellulaire qui s'y trouve. Certainement on ne fait pas un évidement de tissu cellulaire tel que le désirait Pawlick par le

(1) Enrico d'Anna, Sur les lésions des trompes accompagnant les grosses tumeurs de l'utérus, des ligaments larges et des ovaires (*La Rassegna d'obstetricia e gynécologia*, février 1897, et *Semaine gyné.*, 1897, p. 224.

procédé qu'il a indiqué et sur lequel nous reviendrons, et encore mieux tel qu'on pourrait l'exécuter par la voie abdominale.

En résumé nous croyons qu'à l'ablation totale de l'utérus il faut ajouter l'ablation des annexes pour les raisons suivantes :

1° Leur suppression physiologique ou chirurgicale joue un rôle dans l'évolution du cancer de l'utérus. Peu nous importe que ce fait soit dû à l'absence de sécrétion ovarienne ou simplement à la cessation des poussées congestives qui accompagnent les règles ;

2° Les métastases cancéreuses de l'ovaire, bien que rares, sont incontestables ;

3° L'exérèse est plus grande, partant plus utile puisqu'elle enlève une grande partie des ligaments larges et de leur contenu.

7° Occlusion ou béance de la plaie vaginale. — Ce que nous avons déjà dit des ligatures, ajouté aux difficultés et dangers que comportent les sutures dans le fond du vagin fait comprendre suffisamment que nous ne soyons pas partisans de la fermeture de la plaie. De même nous ne voyons pas l'utilité de pinces qui viendraient essayer de clore la cavité pelvienne. Pourquoi se priver de parti pris d'une surveillance utile qu'on peut exercer sur le travail de cicatrisation.

8° Pansement et soins consécutifs. — Si quelques auteurs ont pensé écarter l'intestin des surfaces cruentées, en pratiquant l'occlusion de la plaie vaginale par des sutures, le pansement est là pour réaliser leurs desiderata. Ici, point n'est besoin de drainer avec un tube puisqu'aucun liquide ne peut s'accumuler derrière le pansement. La cavité

vaginale étant bien nettoyée et le jour y arrivant au maximum, des mèches en nombre suffisant, de 3 à 4 en moyenne, sont introduites successivement vers le fond de la plaie. Ce sont des lanières de gaze souple d'environ 0,75 à 0,80 centimètres de long sur 0,04 à 0,05 de large, de préférence stérilisées à la chaleur sèche, quelquefois iodoformées. Elles sont plissées en accordéon à une de leur extrémité, et cette petite masse est portée par une pince au delà et au niveau des clamps. Ce plissement permet leur tassement, et par là une compression dans le fond de la plaie ; de plus leur ablation est moins douloureuse, puisqu'elles se dévident à la moindre traction. Dépassant les pinces, repoussées au fond du vagin pour isoler les surfaces cruentées, leur autre extrémité vient se mettre entre les branches des clamps, sans aller plus loin que leurs anneaux ; par conséquent, elles sortent du vagin et tout écoulement sanguin qui se produira sera remarqué de suite puisqu'il filera le long des pinces et imprégnera les lanières. Et cela d'autant plus que le pansement est terminé ; il suffira d'ajouter une cravate de gaze stérilisée qui réunit les pinces en un seul bloc, et de l'enfoncer au niveau de la vulve, pour fermer le vagin et le protéger contre le contact immédiat des clamps. Telle est la pratique courante de M. Segond, nous n'en connaissons pas de plus simple et de plus sûre ; c'est pour cette raison que nous y avons insisté. Dans certains cas de suintement sanguin en nappe, il pourrait être avantageux de faire le pansement avec un sac de Michulicz qu'on bourre ensuite de lanières (Baudron).

La malade est reportée dans son lit; elle doit être placée le siège un peu élevé, les pinces sans aucun contact,

sans soutien, libres; les cuisses légèrement écartées, les genoux demi-fléchis et reposant sur un coussin. Mettez une sonde à demeure si vous craignez un manque de propreté dans le cathétérisme, et exigez le repos dans le décubitus dorsal durant une semaine. Les pinces sont enlevées au bout de 48 heures et nous pensons qu'à moins d'accidents tels que fièvre ou troubles du côté du péritoine, il faut laisser les mèches 5 ou 6 jours. Les injections sans pression seront faites les jours suivants et continuées. Avant les vingt premiers jours, il n'y a pas d'avantages, si rien ne vous y oblige, à mettre des valves ou un spéculum pour voir le fond de la plaie. Vers le 21e jour, la malade se lève et il est bon d'inspecter la cicatrice, de donner un coup de thermocautère sur des surfaces trop bourgeonnantes, ou le plus souvent d'attendre. Nous ne pouvons insister sur tous les détails puisqu'ils sont les mêmes que ceux de toute hystérectomie. Rappelons seulement ce qui doit se passer du côté de la cicatrice : « les lèvres de la plaie vaginale s'adossent et la cicatrisation se fait. Pendant quelque temps, dit M. Baudron, les bords de la cicatrice restent un peu indurés; puis ils s'assouplissent et le vagin donne au toucher la sensation d'un doigt de gant. Au spéculum on aperçoit une cicatrice non pas froncée, mais linéaire, à peine visible. »

Des débridements vulvaires et vaginaux. — Personne aujourd'hui, nous en sommes certain, ne nous fera un reproche de ne pas nous arrêter aux temps préliminaires que certains auteurs ont ajoutés à l'hystérectomie quand le vagin est étroit ou la tumeur trop grosse. M. Chaput (1)

(1) Chaput, Voir thèse de M. Baudron, où sont toutes les indications bibliographiques, p. 60.

a appelé son procédé « débridement systématique uni ou bilatéral de la vulve », SCHUCKARDT : voie paravaginale. Dans le nombre considérable d'hystérectomies vaginales qu'a faites notre Maître M. SEGOND, jamais il n'a été obligé de porter le bistouri sur le vagin et la vulve pour avoir plus de jour. Alors à quoi bon compliquer l'intervention ? « Est-ce bien d'ailleurs au niveau de la vulve dont on fait un peu ce qu'on veut avec les écarteurs, dit avec beaucoup d'à propos M. BAUDRON, que le chirurgien est gêné dans ses manœuvres de morcellement, n'est-ce pas plutôt au fond du vagin, là où l'utérus vient peu à peu s'enfoncer comme un coin dans une boutonnière plus difficilement dilatable? » Dans le cancer, plus que partout ailleurs, ces manœuvres devront être abandonnées.

V. — DIFFICULTÉS OPÉRATOIRES

1° DIFFICULTÉS OPÉRATOIRES INDÉPENDANTES DE L'HYSTÉRECTOMIE.— Bien que certaines difficultés ou accidents ne soient pas sous la dépendance de l'hystérectomie vaginale, nous devons pourtant les signaler.

1° « *L'étroitesse et la rigidité du vagin*, dit HOFMEIER, rendent parfois l'opération très difficile. » Nous reconnaissons que si elle apporte une certaine gêne dans les manœuvres, grâce aux valves, M. SEGOND n'a jamais eu besoin de recourir aux débridements vulvaires et vaginaux. D'ailleurs nous avons déjà énuméré plus haut les raisons qui nous faisaient avec la majorité des chirurgiens rejeter les opérations de MM. CHAPUT et SCHUCKARDT.

2° *Perforations utérines*. « La friabilité des parois utérines dans le cancer est bien connue. Cette affection prédispose d'autant mieux aux perforations dans l'hystéromé-

trie et dans le curage que des noyaux isolés plus ou moins ramollis peuvent exister dans l'épaisseur des parois (1). »

Les observations de M. Segond nous en fournissent au moins deux exemples et les statistiques des autres chirurgiens n'en sont pas indemnes. Le seul point qui doive nous retenir est de savoir si la perforation commande l'hystérectomie vaginale d'urgence. Beaucoup d'auteurs écrivent que non, à condition néanmoins d'éviter toute manœuvre et de faire un tamponnement de la cavité utérine ; cette pratique n'a à son actif depuis l'antisepsie aucun accident à se reprocher. Il est vrai que nous verrions sans inconvénients l'hystérectomie vaginale exécutée d'urgence si le matériel était prêt et le cas opérable. En général nous conseillons plutôt l'abstention.

2° Difficultés opératoires dépendantes de l'hystérectomie. — Elles sont sous la dépendance de plusieurs facteurs :

1° de la friabilité utérine,

2° du volume de l'organe,

3° de l'extension du cancer propagé au paramètre, aux ligaments larges et au vagin,

4° de lésions qui se surajoutent au néoplasme, les unes en rapport probablement avec lui : pyomètre, les autres sans liens communs : kystes de l'ovaire, salpingites, fibrômes, etc.

1° *La friabilité utérine* a été signalée par tous les auteurs qui ont pratiqué l'hystérectomie vaginale pour cancer. C'est la règle et la cause première de presque tous les ennuis. Elle est aussi marquée dans les cancers du col

(1) Lenoir, Thèse de Paris, 1898, p. 11.

que dans ceux du corps, et puisque le siège de la maladie est différent, les précautions à prendre arriveront à des temps opératoires autres.

Dans l'épithélioma du col, c'est au début qu'il faut faire attention, il faut apporter beaucoup de soin au placement des pinces à traction. Les soins préliminaires auront eu le grand avantage de détruire en partie les tissus sans résistance et de permettre ainsi des prises plus utiles. Le col s'effritera moins, il disséminera moins la graine cancéreuse dans tous les coins du vagin, puisqu'il aura moins de tendances à s'écraser. Rappelons une précaution qu'il est bon de ne pas négliger, c'est de saisir le col en bloc par une ou deux pinces, de façon à obstruer son orifice externe ; on ferme la cavité utérine, et on évite les déchirures de chaque lèvre prise isolément. La libération du cul-de-sac postérieur est toujours simple, celle de l'antérieur devra être faite avec le plus grand soin à l'ongle, aidé de rares coups de ciseaux. « Un accident fort désagréable, dit Hofmeier (1), consiste en ce que le col est parfois détruit par ulcération ; les pinces qui doivent l'accrocher dérapent en déchirant les tissus et il est par là même impossible d'abaisser convenablement la matrice. Il faudra alors, avant de saisir le col, s'efforcer de décoller l'organe aussi haut que possible pour pouvoir le saisir et l'accrocher au moyen des pinces de Muzeux. L'exploration la plus minutieuse ne permet pas toujours de prévoir cet accident, attendu qu'il est le plus souvent impossible de juger l'étendue de la dégénérescence cancéreuse. Dans ces conditions le décollement de la vessie est parfois malaisé, on fera bien alors

(1) Hofmeier, p. 309.

de remettre ce temps de l'opération jusqu'à la fin et de détacher la vessie par en haut. Ce décollement se fera avec les plus grandes précautions, si on veut éviter de déchirer la vessie et de blesser les uretères. »

Nous voyons, d'après ces quelques lignes, qu'il y a des cancers où les prises et la libération du col s'effectuent dans de bonnes conditions; ils correspondent aux cas favorables; il n'en est plus de même si le néoplasme franchit les limites de l'utérus ; alors naissent toutes les difficultés et les accidents. A la friabilité utérine se sont surajoutées des difficultés dépendant de l'extension des lésions. Cette dernière considération s'applique aussi aux cancers du corps.

Si dans l'hystérectomie vaginale pour cancer du col la friabilité gênait au début et cessait dès qu'on arrivait sur le corps; dans le néoplasme du corps, elle se manifeste surtout vers la fin de l'opération. C'est le fond qui est friable, des tractions peuvent le rompre, arracher des fragments, arracher une partie ou la totalité d'un ligament large. D'où danger d'infection, d'hémorragie, d'inoculation et enfin d'opération incomplète. Il ne faudrait pas croire non plus que, dans le cancer du corps, les tractions s'exercent toujours facilement sur le col, l'observation 93 en fournit une preuve. Le ramollissement excessif du col crée parfois de gros ennuis. Toutes les pinces dérapent, et l'opération est exécutée dans des conditions déplorables et même peut-être est-elle incomplète : nous verrons plus tard si cette complication fournit des indications spéciales.

2° *Volume de l'utérus.* « Il constitue, dit Hofmeier, parfois un obstacle très sérieux, mais non insurmontable.

Je suis parvenu à extirper un utérus de deux poings, puis une matrice grosse comme le poing et un utérus gravide de dix semaines. » Avec le morcellement tel que nous l'avons indiqué on arriverait toujours à extirper un cancer du corps même très volumineux, nous ne croyons pas qu'il faille dépasser certaine limite et nous expliquerons pourquoi par la voie vaginale nous conseillons de ne pas extirper des utérus qui dépassent le volume du poing.

3° *L'extension des lésions* joue un rôle capital dans ces quelques aperçus. L'opération facile au début, quelquefois même d'une facilité surprenante, reste simple tant que le cancer est limité. Mais que les lésions viennent à gagner le paramètre, les ligaments larges et le vagin, de suite surgissent des complications opératoires. Sur 32 malades répondant à cette catégorie, 24 hystérectomies vaginale furent incomplètes, c'est-à-dire que le bistouri ne dépassa pas les limites du mal, et huit n'eurent qu'une apparence d'être complètes. A cette cause doivent être encore rapportés les accidents opératoires et post-opératoires et même les morts. Si la néoplasie peut envahir les parties avoisinantes, elle peut encore s'étendre à la totalité de l'utérus: col et corps. La statistique de M. SEGOND en présente 5 cas; d'ordinaire ils sont peu favorables, car ils indiquent une grande extension des lésions, par conséquent subissent les mêmes lois que précédemment.

4° *Lésions surajoutées*, les unes sous la dépendance peut-être du néoplasme : pyomètres; les autres n'ayant aucun rapport avec lui : kystes de l'ovaire, salpingites, fibrômes, etc.

A. — *Collections liquides intra-utérines : hydromètre, hématomètre, et pyomètre.* —Sur les 95 hystérectomies vagi-

nales que M. SEGOND a pratiquées, il a trouvé sept fois dans la cavité utérine du liquide collecté : une fois c'était un hydromètre, une autre fois un hématomètre, et cinq fois un pyomètre. LAUWERS (1), sur dix observations de cancer du corps, rapporte deux cas de pyomètre. HOFMEIER cite aussi deux exemples. Qu'au début de la formation d'une collection liquide, ce soit tout d'abord un hydromètre ou un hématomètre, c'est fort possible ; la transformation ultérieure en pyomètre nous semblerait assez rationnelle, mais nous ne pouvons nous prononcer à ce sujet. Ce que nous remarquons, c'est que cette accumulation de liquide se produit surtout dans le cancer du col, huit fois sur 11 cas ; et presque toujours à une période avancée de l'affection. Quatre fois l'épithélioma du col avait atteint les parties avoisinantes, une fois il était limité, encore était-ce une forme intra-cervicale, dans les trois autres cas, nous n'avons pas de renseignements. Pour les trois autres observations de collections liquides dans les cancers du corps, deux fois la lésion était avancée, une fois elle paraissait être au début. Il en résulterait pour nous que les collections liquides se montrent de préférence dans les cas avancés (col ou corps) où le cancer a franchi les limites de l'utérus.

L'âge sans doute à cause des conditions anatomiques qu'il crée semble jouer un certain rôle. Sur neuf cas où il est signalé, nous voyons six fois cette complication se produire entre 50 et 60 ans, c'est-à-dire six fois après la ménopause ; dans trois cas, les malades avaient 36 ans, et deux fois 41 ans. Il est donc incontestable que c'est aux

(1) LAUWERS, Du cancer du corps, *Bull. de la Soc. belge de Gyn. et d'Obst.*, 19 fév. 1898.

alentours de la ménopause et surtout à la ménopause que se montrent ces collections liquides.

La quantité de liquide contenue dans la cavité utérine est variable, d'ordinaire peu importante, un verre à Bordeaux et même moins. D'ailleurs elle est difficilement appréciable, parce que son évacuation est toujours une surprise. On l'évalue le plus souvent d'après le volume de l'utérus qui dépasse rarement le poing. Hofmeier dans une de ses observations nous apprend : « qu'une matrice avait encore, après plusieurs mois de séjour dans l'alcool, une circonférence de vingt-cinq centimètres. »

C'est toujours accidentellement que les pyomètres sont reconnus, leur ouverture se produit durant la dilatation ou les premières manœuvres de curettage. Nous ajoutons qu'il y aurait avantage à ce qu'elle fût faite durant les soins préliminaires, on se débarrasserait ainsi d'une chance d'infection.

Le pronostic de cette complication est difficile à établir, parce que bien d'autres facteurs viennent ajouter leurs dangers à l'hystérectomie vaginale. Toujours est-il que, sur huit cas, la mort survint trois fois dans les jours qui suivirent l'opération, deux fois elle fut causée par de la péritonite, une fois par de la congestion pulmonaire. Dans une observation, on relate une fistule vésico-vaginale, et la mort se produisit quatre mois après en pleine récidive. Il ne nous reste plus que quatre guérisons opératoires, trois fois la mort arriva à la suite de récidive, une fois 11 mois après, puis 15 mois et 2 ans après l'intervention; une seule malade vit depuis plus de trois ans sans récidive. Le pronostic, si tant est qu'on puisse en porter un, paraît relativement grave et cela se comprend

puisque c'est un apport septique en plus, puisque les lésions sont avancées, puisque l'opération est pratiquée chez des gens âgés. Nous devons pourtant rappeler que, dans deux cas, les survies ont dépassé deux et trois ans, il est vrai que le cancer était au début. Ce pronostic pourrait-il dans une certaine mesure être amélioré par quelques précautions ? Les soins préliminaires, en permettant l'ouverture du pyomètre quelques jours auparavant, écartent le danger d'infection qui est annihilé par le curettage, le drainage et l'antisepsie de la cavité utérine. Si cette ouverture se produisait au cours de l'opération radicale, le curettage des fongosités, la thermo-cautérisation, la fermeture avec une pince de l'intérieur de l'utérus tamponné à la gaze iodoformée suffiraient, même si le morcellement était nécessaire. Terminons en disant que le cathétérisme est souvent difficile, la sonde s'arrête dans le col à 2 ou 3 centimètres, il faut forcer pour franchir l'isthme et entrer dans la cavité corporelle qui forme les parois de la collection liquide. Il y a donc une sténose au niveau de l'orifice interne, sténose physiologique à la ménopause et qui devient une oblitération complète quand il existe un pyomètre.

B. — *Kystes de l'ovaire*, *salpingites*, *fibrômes*, etc. Des lésions surajoutées et indépendantes du cancer ne sont pas faites pour rendre l'intervention plus simple. Si elles sont minimes, elles peuvent être négligeables ; si elles sont apparentes ou volumineuses, elles font errer le diagnostic. Dans les observations de M. Segond, nous avons constaté un hydro-salpinx, un pyo-salpinx double et un kyste de l'ovaire, aucune particularité opératoire ne fut signalée à propos de chacune de ces complications ; on

comprend facilement qu'il n'en est pas toujours de même. Les 95 hystérectomies que nous rapportons ont été accompagnées de fibrômes 11 fois, 8 fois dans des cancers du corps, 3 fois dans des cancers du col. Cette prédominance des fibrômes pour les cancers du corps s'explique par l'âge où cette maladie apparaît, aux environs de la ménopause ou après. D'ordinaire ce sont de petits fibrômes interstitiels situés près du fond de l'utérus, du volume d'un œuf. Une seule fois le volume et la situation du fibrôme causèrent de grosses difficultés opératoires, et une erreur de diagnostic. Il était enclavé dans le petit bassin, repoussant le cul-de-sac de DOUGLAS. En résumé ces fibrômes gênent peu ; quand ils deviennent volumineux, on ne pense qu'à eux et l'intervention est faite comme s'ils existaient seuls ; le néoplasme qui les accompagne n'est reconnu que dans le cours de l'intervention si on ouvre la cavité utérine, ou qu'à l'examen de la pièce anatomique.

VI. — ACCIDENTS OPÉRATOIRES ET POST-OPÉRATOIRES.

1° HÉMORRAGIES AU COURS DE L'HYSTÉRECTOMIE. — L'hémostase dans le cancer fut et semble devoir rester toujours un des points noirs de l'hystérectomie vaginale. Quel étonnement nous saisit quand on pense que SAUTER (1) put ne pas s'en préoccuper et guérir ses malades. Ses imitateurs n'eurent pas la même chance que lui et éprouvèrent bien des désastres. C'est à RÉCAMIER que revient le grand honneur d'avoir fixé des règles précises

(1) SAUTER. « L'ablation totale est plus facile et donne lieu à une hémorragie moins redoutable... La malade perdit une livre et demie de sang. »

pour l'hémostase. Son importance fut reconnue par tous, et elle s'accrut de jour en jour. Dès les premières hystérectomies vaginales qu'on présentait à la Société de Chirurgie, MM. Terrier (1) et Richelot (2) insistaient sur les hémorragies qui leur étaient survenues durant le cours de leurs interventions. Hofmeier (3), dans son livre classique, ne les oubliait pas : « Cet accident, bien qu'exceptionnel, peut toutefois se présenter et il peut même être fort malaisé de découvrir le point qui donne du sang. »

Qu'on parcoure aujourd'hui les travaux les plus récents, partout les chirurgiens ne considèrent l'opération comme finie que quand l'hémostase est parfaite. D'où provient cette difficulté opératoire ; peut-elle être prévue et quels sont les moyens qui permettent de l'éviter? La répétition, l'abondance des hémorragies précédant l'intervention ne doivent-elles pas éveiller nos craintes? Nous croyons que ce symptôme n'a pas de valeur indicatrice par lui-même ; que de fois l'hystérectomie vaginale fut au début seulement dirigée contre cette complication qui menaçait à bref délai l'existence et presque toujours l'opération fut simple comme hémostase (Obs. 5 et 15). Au contraire nous attachons une certaine importance à la forme du cancer, la bourgeonnante paraît réunir les conditions les plus défavorables. Pour nous, ce qui domine toute cette question, c'est le degré d'extension du néoplasme. Quand il a dépassé les limites de l'utérus, qu'il a

(1) Terrier, Société de chirurgie, 25 juillet 1885.
(2) Richelot, Société de chirurgie, 11 novembre 1885.
(3) Hofmeier, Manuel de gynécologie opératoire, traduction du Dr Lauwers, 1889, p. 309.

entrepris les ligaments larges, le paramètre, le vagin, l'hémostase est toujours pénible. La difficulté va en augmentant avec l'état de plus en plus avancé des lésions (Obs. 17, 48, 60, 92). Dans le même ordre d'idées, les tissus étant plus friables, une manœuvre intempestive, une traction légère parfois, peut arracher une pince placée sur l'utérine ou sur quelque autre vaisseau de moindre calibre. Quelquefois, le pincement préalable des utérines est rendu impossible par le volume du col. Durant toute l'opération, le sang coule continuellement et l'hémostase définitive se ressent de cette difficulté (obs. 90). L'hémorragie est presque toujours artérielle, mais il arrive de voir les tranches vaginales saigner en nappe surtout quand on en résèque une portion. L'hémostase alors est très laborieuse, M. Terrier croit qu'un de ses décès fut causé par une hémorragie veineuse (ligament large).

Tout ce que nous venons de dire s'applique surtout au cancer du col, le néoplasme du corps est loin d'être exempté de ces difficultés d'hémostase. Elles sont moindres et plus rares, précisément à cause du siège et de l'étendue des lésions. L'hémorragie, durant l'intervention, est due à un mouvement non calculé ; on exerce une forte traction sur les pinces, sur des tissus friables, le pédicule vasculaire se rompt, on a arraché partie ou totalité d'un ligament large. D'autres fois, c'est pendant le curettage qu'une hémorragie excessivement abondante se déclare, elle cède d'ordinaire au tamponnement (Segond, obs. 82 et 2 cas de Lauwers).

Ces quelques lignes nous permettent d'ajouter combien le curettage est utile dans tous les cas. Il fait disparaître

les produits de mauvaise qualité, il peut diminuer le volume d'un champignon néoplasique gênant. Nous apprenons une fois de plus qu'il y a grand danger à intervenir par hystérectomie vaginale dans les cas avancés. Si l'on se décide à cette opération, toutes les manœuvres devront être faites avec prudence, jamais au hasard et sans violence. On se rappellera que pour le corps le danger, du fait du siège, devient grand surtout à la fin de l'ablation. Nous ne pensons pas que les hémorragies déterminées par le curettage puissent forcer le chirurgien à pratiquer une hystérectomie d'urgence, un tamponnement soigneux suffira.

2° Hémorragies post-opératoires. — Les unes sont immédiates, les autres éloignées. Dans le cancer plus l'hémostase fut difficile durant l'opération, plus les hémorragies immédiates sont à redouter. Aussi faut-il surveiller les malades, surtout celles qui ont été opérées pour des lésions avancées; le pansement simple de M. Segond permet une inspection aussi fréquente qu'on le désire. Non seulement il faut redouter l'hémorragie dans les premières heures, mais durant les trois premiers jours, et en particulier à l'ablation des pinces. La malade de l'observation 17 avait un cancer du col qui avait envahi le ligament large et le vagin; l'hémostase fut pénible surtout pour la tranche vaginale. Le premier jour, une hémorragie excessive se produisit, accompagnée de syncope, le deuxième jour elle se renouvela mais moins abondante, le troisième jour, à l'ablation des pinces, hémorragie faible, facilement arrêtée, la malade meurt quelques heures après. Le n° 93 eut une hémorragie 24 heures après l'opération, puis une nouvelle à l'ablation des pinces, elle

fut arrêtée par un tamponnement. M. Segond nous conseillait toujours de rester immobile pendant quelques minutes après avoir déclanché les pinces. Il faut attendre et ne retirer les clamps que quand on est sûr que rien ne saigne. Si une hémorragie se produit, il faut serrer les crans des pinces et voir. L'hémorragie continuant de plus belle, il ne faut pas perdre de temps, mais porter la malade sur la table, écarter les tampons et regarder les tranches. Si cet examen rapide ne suffit pas pour reconnaître la source de l'hémorragie, il faut détamponner et bien mettre en lumière, d'ordinaire après quelques tâtonnements on peut saisir le vaisseau qui saigne. Toute tentative demeurant infructueuse et devant le danger pressant, on serait autorisé à ouvrir le ventre; nous pensons que presque jamais cette grave détermination ne doit se présenter dans la pratique. Entre les hémorragies immédiates et les hémorragies éloignées se sont écoulés un certain nombre de jours dans les observations que nous étudions. La plus rapprochée se produisit 12 jours après l'opération (obs. 92), puis 14 jours (obs. 4), 16 jours (obs. 44) et enfin 21 jours (obs. 61). Ces pertes de sang furent toujours très abondantes, souvent graves, amenant des lypothymies, des sueurs, un pouls filiforme. Elles ont toutes cédé au tamponnement. A quoi sont-elles dues ? Nous ne pensons pas qu'elles soient dues à l'érosion de bourgeons de bonne ou mauvaise nature, elles n'auraient pas été considérables. L'hypothèse d'escarres s'éliminant nous paraît bien plus rationnelle ainsi qu'un certain état fluxionnaire périodique (fausses règles) qui aurait tendance à se produire chez les jeunes femmes. L'hémorragie au 21e jour appartient à une malade de 30 ans.

3° Lésions viscérales. — Elles se divisent en blessures de l'intestin, de la vessie et de l'uretère.

1° *Les blessures de l'intestin* sont rares. En 1888, M. Segond dans sa première hystérectomie pour cancer laissa pendant une heure une pince à abaissement (modèle Quénu) sur l'intestin, une escarre constatée à l'autopsie détermina la mort de la malade. M. Terrier rapporte aussi un cas où l'intestin fut pris dans les mors d'un clamp. Cet accident a tendance à disparaître avec le placement des dernières pinces de haut en bas. Dans une autre observation de M. Segond, on signale une fistule intestino-vaginale, mais sans donner d'autres détails. M. Terrier dit qu'il perfora le rectum durant le curettage. Il faut rechercher ces complications du côté de l'intestin; en règle générale elles sont exceptionnelles.

2° *Les blessures de la vessie* sont bien plus fréquentes. Elles le seraient encore plus si on voulait toujours pratiquer des opérations radicales. Il faudrait alors réséquer la paroi vésicale. M. Segond juge prudent de s'abstenir et nous partageons tout à fait la manière de voir de notre Maître, nous donnerons nos raisons dans le chapitre suivant. Sur 95 hystérectomies pour cancer, M. Segond lésa quatre fois la vessie. Jamais l'ouverture de ce réservoir ne fut faite dans des cas de début, mais toujours chez des malades dont le cancer n'était pas limité à l'utérus et avait atteint les parties avoisinantes. Tantôt la blessure est reconnue pendant l'opération et alors on pratique la suture, tantôt c'est seulement dans les heures qui suivent ou à l'autopsie. Une fistule vésico-vaginale s'établit et persiste jusqu'à la mort qui ne tarde que de quelques mois et est causée par la récidive. Rarement la survie

dépasse un an. Certainement si, dans un cancer au début, la blessure vésicale était due à une faute opératoire, les sutures tiendraient ou tout au moins la fistule serait guérissable. D'ordinaire la fistule vésico-vaginale résulte de l'envahissement du néoplasme, et est incurable puisqu'elle siège en tissus dégénérés.

3° *Blessures de l'uretère.*— M. SEGOND, grâce aux premiers temps de son procédé, n'a jamais blessé l'uretère. Cet accident, pour être peu fréquent, n'en existe pas moins, surtout dans des cas de cancer du col avec entreprise du paramètre et des ligaments larges. PAWLICK (1) voulant extirper le tissu cellulaire envahi plaça une sonde dans les uretères pour les éviter. KELLY employa aussi le cathétérisme comme manœuvre préparatoire, PRYOR (2) suivit ces préceptes. « KELLY, dit IMBERT (3) dans sa thèse, a proposé de faire le cathétérisme avant de procéder à une hystérectomie. C'est là une méthode rationnelle ; une récente discussion a montré que les plaies de l'uretère, à la suite de l'hystérectomie vaginale, étaient moins rares que l'on ne serait tenté de le supposer. Il serait illogique, évidemment, d'introduire une sonde dans tous les cas ; cependant, il n'y aurait aucun inconvénient à ce que le chirurgien mît ce moyen en pratique dans les cas particulièrement difficiles. Je ne connais qu'un fait de ce genre; encore a-t-il été rapporté sommairement par KELLY (4). Il s'agissait d'une malade chez laquelle ce

(1) PAWLICK, *Centralblatt f. Gyn. 1890*, n° 1, p. 22.
(2) PRYOR, *Semaine gynécologique*, 1897, p. 223.
(3) IMBERT. Le cathétérisme des uretères par les voies naturelles. Thèse de Paris 1898.
(4) KELLY, *Am. of obst.* 1894.

chirurgien se proposait de faire une hystérectomie abdominale pour cancer de l'utérus ; il mit une sonde dans les deux uretères, et, grâce à ce moyen, il put constamment s'assurer de leur position et put écarter ainsi tout risque de les blesser. En tous cas, comme le fait remarquer KELLY, la sonde, outre qu'elle indique au doigt la position de l'uretère, éloigne encore ce dernier de l'utérus et par conséquent du bistouri. Il y aurait là, semble-t-il, une pratique à étudier. »

Nous aurons à revenir sur cette question pour l'hystérectomie abdominale, mais les indications de l'hystérectomie vaginale vont nous montrer que, d'accord avec la pratique, les cas favorables à l'intervention ne nécessitent pas le cathétérisme urétéral préalable.

4° *Escarres fessières et sacrées.* — C'est presque une exception ; dans les 95 observations de M. SEGOND, il n'en existe pas d'exemples. Pourtant, en 1892, MM. TERRIER et HARTMANN mentionnaient cinq fois la formation d'escarres dans 18 hystérectomies vaginales pour cancer. La statistique publiée dans la thèse de THÉSÉE (1) porte sur près de 1500 hystérectomies vaginales et donne 1.10 0/0 d'escarres sacrées et fessières. M. BAUDRON les attribuait à des troubles trophiques dus au pincement ou à la dilacération des filets nerveux du petit bassin durant l'intervention. M. LEGUEU dans le même ordre d'idées admettait l'importance de la longueur et des difficultés de l'opération. Nous nous rallions à la théorie soutenue par M. SEGOND, c'est qu'il faut surtout invoquer les phlegmasies

(1) THÉSÉE. Contribution à l'étude du *décubitus acutus*, complication possible de l'hystérectomie vaginale, thèse de Paris 1896-1897.

utérines susceptibles d'amener des lésions irritatives et larvées des nerfs des vaisseaux. Nous terminons en disant que le pronostic de ces escarres est bénin.

5° *Phlébite.* — Rappelons en dernier lieu une complication très rare dans le cancer et qui survint chez une des malades de M. Terrier : c'est une phlébite de la fémorale au 13e jour; il faut la rapprocher des autres cas de phlébite qu'on a signalés au cours de l'hystérectomie vaginale pratiquée pour des lésions suppurées en particulier.

CHAPITRE II

Résultats

I. — RÉSULTATS IMMÉDIATS

1° Statistique. — La statistique, disait Talleyrand, n'est qu'un mensonge en chiffre. Si cette boutade paraît avoir parfois une légère teinte de vérité, le mensonge ici n'est pas en faveur de l'hystérectomie vaginale dans le cancer. Les statistiques en bloc, telles que nous les trouvons dans nombre de livres, ne peuvent présenter aujourd'hui qu'un intérêt relatif, l'hystérectomie ayant acquis droit de cité; ce serait l'étude très détaillée qui nous offrirait de nombreux enseignements. La mortalité fut toujours élevée, elle fait ombre au tableau, dit Richelot. Elle s'éleva pour Kaltenbach, Bouilly à 25 pour 100, pour Terrier dans sa 1re série à 22 0/0, dans sa deuxième série, publiée dans le mémoire de Cazin et Malherbe, à 20 0/0, pour A. Martin à 15, 1 0/0 pour Byrne, Price, Eastmann à 14, 6 0/0, pour Olshausen à 12, 8 0/0, pour Hofmeier à 11 0/0 et enfin pour Jacobs à 1, 54 0/0. La moyenne varia entre 14 et 20 0/0; les chiffres fournis par Olshausen et Hofmeier peuvent être considérés comme les meilleurs, ceux de Jacobs sont tout à fait exceptionnels. Tous les chirurgiens font remarquer avec raison que

cette mortalité élevée tiendrait à ce que leurs premières hystérectomies ont été pratiquées au début de la méthode, d'où cette léthalité plus grande. Ces statistiques réunissant en masse les observations ne nous satisfont pas, nous aurions voulu plus d'explications : par exemple, qu'on séparât les cancers en cancers du col et du corps, qu'on éliminât les morts qui résultaient d'une faute opératoire ou qui n'étaient pas sous la dépendance de l'intervention, qu'on classât les malades suivant les périodes ; cas où le cancer est limité à l'utérus, cas où les parties avoisinantes sont envahies ; de cette façon on aurait pu juger plus sainement la part du cancer. Nous reconnaissons qu'au début d'une méthode on ne peut faire une étude analytique des différentes modalités d'une opération, ce n'est que plus tard que ce travail est possible, les faits disséminés s'ajoutent les uns aux autres et peuvent facilement être groupés en quelques faisceaux. Nous avons recherché et trouvé dans la statistique de notre maître M. Segond les différents éléments que nous venons d'énumérer. Quatre-vingt-quinze cas d'hystérectomies vaginales pour cancer donnent soixante-dix-huit guérisons opératoires et 17 morts, soit une mortalité de 16, 94 0/0. Ils se divisent en 70 cancers du col avec 12 morts, mortalité de 17, 01 0/0 ; et 25 cancers du corps avec 5 morts, mortalité de 20 0/0. La mortalité serait donc plus élevée en détaillant les observations et plus élevée encore dans le cancer du corps. Ce n'est qu'une apparence trompeuse, et à priori cette statistique est tout à fait illogique, on va comprendre pourquoi.

Cinq morts ne peuvent être reprochées à l'hystérectomie vaginale, une malade mourut de pneumonie au 7e

jour (obs. 82), une autre d'embolie au 10ᵉ jour (obs. 85), une troisième d'urémie au 5ᵉ jour (obs. 63), enfin une quatrième de congestion pulmonaire (obs. 94) ; une dernière mourut de pincement de l'intestin (obs. 1, année 1888). De ces cinq morts, deux répondent à des cancers du col, trois à des cancers du corps. Si on les négligeait, la statistique tomberait à 90 cas avec 12 morts, soit 13.33 0/0 de mortalité totale. Il y aurait 68 cancers du col avec 12 morts, soit 14,70 0/0, et 22 cancers du corps avec deux morts, soit 9.09 0/0. Nous nous rapprochons ainsi beaucoup plus de la réalité, il était incompréhensible que le cancer du corps qui est limité pendant longtemps, qui évolue lentement, donne la mortalité la plus élevée. Les chiffres qui vont suivre vont nous montrer la question sous un autre point de vue; nous allons voir combien l'envahissement des parties avoisinantes augmente la léthalité, nous voudrions pouvoir mettre toutes les morts à l'actif de cette complication. Sur 68 observations de cancer du col, M. SEGOND eut 10 morts; sur ce chiffre, neuf doivent être sûrement rapportées à l'état trop avancé des lésions ; M. SEGOND n'opérerait pas aujourd'hui ces malades. Une seule pourrait peut-être rentrer dans celles que nous considérons comme opérables, c'est l'obs. 15. Elle était très affaiblie par des hémorragies profuses et répétées, depuis deux mois elle gardait le lit. Elle mourut quelques heures après l'opération. La mortalité dans les cas appropriés serait donc nulle ou presque nulle, c'est ce qui est prouvé par les 28 observations qui répondent à cette loi générale et qui sont classées plus loin. Dans les cancers du corps, il y eut deux morts, l'une par péritonite, l'autre par infection.

Dans le premier cas, il fut impossible d'enlever toute la fusée cancéreuse d'un ligament large, dans l'autre, l'opération fut rendue très difficile par la présence du fibrôme enclavé dans le petit bassin. Une seule mort appartiendrait donc aux cancers limités du corps, encore est-elle due à une complication résultant d'une lésion surajoutée. Nulle ou presque nulle dans les cancers du col opérés au début ou dans une période favorable, la mortalité est un peu plus élevée dans ceux du corps à cause des difficultés opératoires plus grandes. Telle est la formule qui nous paraît devoir être la vraie et se rapprocher le plus de la réalité. Nous ne voulons plus voir planer sur nous le génie cancéreux, maléfice inconnu par lequel on expliquait la mortalité. Elle est due à l'état trop avancé des lésions, les malades justiciables de l'hystérectomie vaginale ne doivent pas mourir; elles ne doivent pas faire « ombre au tableau et la statistique doit être aussi belle » que dans les suppurations, prolapsus et fibrômes. Bien entendu des fautes ou des complications opératoires sont toujours possibles, mais c'est l'aléa de toutes les hystérectomies en général. Pour nous, le front des cancéreuses opérables n'est pas marqué du sceau fatal ; s'il y a des morts, la cause en doit être rapportée à des interventions trop tardives, exécutées dans de mauvaises conditions. Il ne faut pas demander à l'hystérectomie vaginale plus qu'elle ne peut dans la cure du cancer. La statistique de M. Segond et la logique sont en faveur des idées que nous sommes en train de développer. Le cancer extirpé suivant les règles que nous avons énumérées ressemble à l'ablation d'un utérus prolabé.

En quoi cette intervention est-elle grave ? D'autant plus

que les malades ont une santé parfaite. Que nos maîtres se rappellent combien de femmes ils ont opérées parce que leur état était excellent, parce qu'elles avaient de l'embonpoint et que leurs forces étaient conservées et pourtant les ligaments larges étaient déjà touchés, ainsi que le paramètre ou le vagin ; même chez quelques malades cette constatation fut une telle surprise qu'on ne s'inclinât que devant l'examen microscopique. Quand la cachexie cancéreuse apparaît, il ne faut plus penser qu'aux traitements dits palliatifs. Au début de l'affection et dans les cas favorables, reconnus aujourd'hui plus fréquemment qu'on ne croit, l'état général est donc excellent. Alors vous voudriez qu'une opération relativement facile, pratiquée chez des gens en pleine santé, vous fournisse une mortalité élevée? Ce serait contraire à toute logique. Dans les autres cancers les tissus n'ont aucune tendance à s'infecter, la cicatrisation est rapide, on croirait que le travail cellulaire et la phagocytose sont arrivés à leur summum. Aussi à mesure que les chirurgiens posaient mieux les indications de l'hystérectomie, la mortalité s'abaissait. De 20 pour 100, elle tombait à 15, à 12 pour 100 et même moins.

2° Causes de la mort. — D'après la statistique de M. Segond, nous pouvons les classer de la façon suivante :

Septicémie péritonéale ou péritonite	(9 cas.		obs. 3, 10, 21, 24. 41, 58, 61, 66, 67).
Occlusion intestinale.	1	—	(obs. 57).
Pincement de l'intestin	1	—	(obs. 1).
Hémorragie..........	1	—	(obs. 17).
Shock..............	1	—	(obs. 15).
Urémie.............	1	—	(obs. 63).

Pneumonie et congestion pulmonaire.... 2 cas (obs. 82 et 94).
Embolie............. 1 — (obs. 85).

1° *Septicémie péritonéale.* — Nous ne pouvons mieux faire que de rappeler les considérations de M. Bouilly sur ce sujet. « Elle a chargé le bilan opératoire des premières années, dit-il ; à ce moment la désinfection vaginale était faite d'une façon insuffisante ; le curettage systématique des parties cancéreuses, leur ablation préalable n'étaient pas rigoureusement pratiquées et le contact des matières sanieuses du col ou du corps utérin infecté inoculait la séreuse péritonéale. L'infection se produisait aussi plus facilement grâce aux manœuvres défectueuses de l'opération ; la longueur des divers temps, les contacts plus prolongés, la bascule du corps en avant ou en arrière augmentaient les chances d'infection. En outre les cas étaient moins choisis ; plus souvent l'ablation devait s'étendre à des portions cancéreuses infiltrant le paramétrium ou les ligaments larges ; des masses cancéreuses infectées étaient abandonnées au voisinage du péritoine ouvert ou se trouvaient mises avec lui en contacts répétés et prolongés et l'infection s'en suivait. » Dans les vingt-huit dernières hystérectomies de M. Segond, à partir de 1894, on ne trouve plus de morts par septicémie.

2° *Occlusion intestinale.* — Si rarement on rencontre cette complication, puisqu'elle est absente de la statistique de M. Bouilly, et que dans celle de M. Segond nous n'en trouvons qu'un exemple, elle n'en existe pas moins, et paraît affecter une préférence pour les hystérectomies vaginales pour cancer. M. Giresse, élève de M. Segond, rapporte dans sa thèse 31 observations d'oc-

clusion intestinale, 12 fois cet accident survint dans des néoplasmes de l'utérus. D'ailleurs, voici les conclusions auxquelles arrive cet auteur. Il démontre que : « cette occlusion, due souvent à la péritonite, peut aussi être le résultat d'un obstacle mécanique interrompant le calibre de l'intestin. Même dans les occlusions par obstacle mécanique, la péritonite circonscrite du petit bassin joue le plus souvent un rôle important dans leur production. Le diagnostic de ces occlusions, s'il n'est pas impossible, est toujours extrêmement difficile, basé seulement sur des nuances, d'autant plus que souvent occlusion et péritonite sont associées. Le pronostic a une gravité exceptionnelle. Pour le traitement, l'anus contre nature, opération bénigne, lui paraît préférable à la laparotomie qui expose les malades à un shock trop considérable. Dans un cas comme dans l'autre, pour être efficace, l'intervention doit être précoce. »

3° *Perforation intestinale.* — MM. Terrier et Bouilly en ont relaté chacun un exemple. M. Segond, en 1888, à sa première hystérectomie pour cancer, durant les manœuvres d'abaissement, appliqua une pince de M. Quénu sur l'intestin et l'y laissa durant l'opération. La malade mourut quelques jours après; à l'autopsie, on trouva une perforation intestinale. Certainement le pincement consécutif de haut en bas de la partie supérieure du ligament large permet d'éviter l'accident qui est arrivé à MM. Terrier et Bouilly.

4° *Hémorragies.* — A mesure que l'hystérectomie vaginale se perfectionnait, les hémorragies plus fréquentes que partout ailleurs devenaient de plus en plus rares, et la mort par cette cause disparaissait. En 1888,

M. Terrier sur 18 opérations rapportait le chiffre énorme de 3 morts par hémorragies ; M. Bouilly dans sa statistique n'en signale que deux, et M. Segond une seule, encore date-t-elle de 1890; depuis il a pratiqué 78 hystérectomies ; pour néoplasme sans voir cette complication. Nous croyons qu'actuellement les hémorragies post-opératoires sont rares ; si elles surviennent, une surveillance attentive les empêche toujours d'être mortelles.

5° *Shock*. — « La longueur de l'opération, dit M. Bouilly, les hémorragies primitives ou secondaires au niveau des masses cancéreuses péri-utérines expliquent un certain nombre de cas de morts rapides classées sous la rubrique *choc opératoire*. L'hystérectomie vaginale est par sa nature et même dans les cas simples une opération déprimante et *choquante ;* elle abaisse facilement la température au-dessous de 36° et nécessite dans bon nombre de cas les moyens ordinaires employés pour exciter le système nerveux et ranimer la circulation et la chaleur ; si elle se complique, au cours des manœuvres ou dans les quelques heures qui suivent, de la perte d'une certaine quantité de sang, elle entraîne facilement la mort par le choc, par la sidération du système nerveux. Le meilleur discernement dans le choix des cas à opérer et la rapidité de l'opération exécutée avec les perfectionnements actuels de la technique rendent aujourd'hui cet accident exceptionnel. » Toutes ces raisons sont réunies dans l'observation de M. Segond n° 15.

6° *Causes diverses*.— « Les morts par urémie, embolie, diabète, bronchopneumonie, dit encore M. Bouilly, nous ajouterons congestion pulmonaire et pneumonie, n'appartiennent pas en propre à l'hystérectomie vaginale

et peuvent être déterminées par ces mêmes causes dans toutes les variétés d'intervention. »

3° Opérations incomplètes. — Au point de vue théorique, il est facile de classer le cancer en périodes; dans la pratique, cette division est un peu aléatoire et fournit pas mal de déceptions. La première période comprendrait les cas de début et ceux où le cancer est limité à l'utérus; aussitôt que le néoplasme touche au paramètre, aux ligaments larges et au vagin, nous entrons dans la deuxième période. Cette classification est surtout vraie quand on la juge d'après l'intervention; la première période répond à la phase opératoire, nous allons voir que la deuxième ne donne que des opérations incomplètes ou d'apparence seulement complètes. La statistique intégrale de M. Segond de 95 observations fournit 30 cas dans la première période, 32 dans la deuxième, 8 sans renseignements précis et 25 cancers du corps. Les 32 observations de la deuxième période se divisent en 24 opérations incomplètes et 8 d'apparence complète. Elles furent incomplètes parce que l'opérateur ne put extirper la totalité du néoplasme et laissa quelques fragments dégénérés. M. Terrier en 1888 disait: « il faut tenir compte d'un fait important, c'est qu'actuellement nous sommes appelés à pratiquer l'hystérectomie d'une façon tardive, si bien que, dans quelques cas, j'ai dû faire une opération incomplète, l'envahissement des tissus par la néoformation dépassant les limites possibles de l'opération. » En nous reportant aux observations de M. Segond, nous voyons que l'opération fut incomplète 11 fois parce que la paroi vésicale était envahie, 4 fois parce que c'était le ligament large gauche, 2 fois les deux ligaments larges, 2 fois le para-

mètre, 1 fois le rectum, 1 fois le cul-de-sac droit, et deux fois tous les tissus avoisinants (cas inopérables). D'ordinaire c'est donc la paroi vésicale qui est envahie, ainsi s'expliquent les difficultés que tous les auteurs ont éprouvées dans le décollement du cul-de-sac antérieur. Le tissu cellulaire séparant la vessie de l'utérus est infiltré et la paroi vésicale elle-même est peu ou beaucoup dégénérée. Aussi perfore-t-on la vessie malgré la plus grande attention. M. Segond créa trois fois une fistule vésico-vaginale (obs. 5, 33, 75). Si cet accident ne fut pas plus fréquent, c'est qu'il respectait soigneusement toute vessie infiltrée, considérant que l'extirpation incomplète était préférable à des tentatives d'ablation totale qui l'auraient forcé d'enlever une partie du réservoir urinaire. Le résultat immédiat était d'autant plus piètre que 3 malades moururent de septicémie, les trois fistules vésico-vaginales persistèrent, la mort par récidive arriva dans les 4 à 8 mois. La date de la mort des autres opérées ne peut être fixée, mais elle survint dans le cours de l'année, puisqu'il n'y avait eu que continuation du mal.

L'envahissement qui nous a paru ensuite le plus habituel est celui du ligament large gauche, 4 fois il fut impossible d'enlever une fusée qui se dirigeait dans son intérieur. Deux malades moururent du fait de l'opération, l'une de septicémie, l'autre d'hémorragie (obs. 41 et 17) ; des deux suivantes, l'une mourut en pleine récidive quatre mois après (obs. 12), l'autre 8 mois après avec une amélioration de deux mois (obs. 47). Les résultats ne sont pas meilleurs quand ce sont d'autres parties qui sont entreprises par le cancer. Les morts opératoires reviennent trop souvent, quels que soient les points touchés puisque

nous en comptons quatre pour les neuf cas restants. En résumé, sur ces 24 opérations incomplètes, il y eut 9 morts opératoires, 4 récidives dans les quatre à huit mois qui suivirent l'intervention, 2 fistules vésico-vaginales persistantes sur lesquelles manquent les derniers renseignements. Les autres malades ne purent être retrouvées après leur sortie, mais l'évolution rapide de leur mal qui n'avait pas cessé ne laisse pas de doute à leur égard. Retenons encore que c'est presque toujours la paroi vésicale qui gêne l'opérateur par son envahissement précoce et quelquefois le ligament large gauche. Quant aux résultats immédiats et éloignés des opérations incomplètes, ils sont déplorables.

4° Opérations d'apparence complètes. — Les derniers huit cas de la deuxième période répondent à cette classe d'opérations. Les chirurgiens pensent que leur intervention est complète parce qu'il leur semble que tous les tissus cancéreux sont enlevés, parce que la cicatrisation vaginale se fait comme si la guérison était certaine, parce que durant un court laps de temps l'amélioration est indéniable. Ce n'est qu'une apparence, toutes les fois que les parties avoisinant l'utérus sont envahies, a priori l'hystérectomie vaginale ne peut atteindre son but d'opération radicale. La survie est plus longue que dans les observations précédentes, la mort opératoire plus rare, mais la récidive se fait au cours de l'année, l'amélioration étant appréciable, de plus ou moins de durée. Par hystérectomie vaginale, on n'enlève pas les fusées cellulaires, les ganglions, parce que d'ordinaire on ne les voit pas, et on ne les sent pas. Quelques chirurgiens ont cathétérisé les uretères pour disséquer les parties accessibles du petit

bassin et réséqué des lambeaux plus ou moins étendus de paroi vaginale, leurs résections et leurs extirpations furent incomplètes, il n'y a qu'à parcourir leurs observations pour s'en rendre compte. Si une laparotomie avait été pratiquée de suite après leurs interventions, on aurait constaté qu'ils laissaient du néoplasme, par conséquent leurs opérations étaient trompeuses, elles n'avaient que l'apparence d'être radicales. Certainement, les morts opératoires sont moins nombreuses, la récidive moins rapide, mais cela tient seulement à ce que les lésions sont moins avancées. Il n'en est pas moins vrai que bien maigres sont les résultats et que M. Segond ne traite plus aujourd'hui les malades de cette période par l'hystérectomie vaginale, il s'en tient aux opérations dites palliatives.

5° Opérations complètes. — Par opérations complètes nous entendons celles qui s'adressent aux cas où le cancer est limité à l'utérus, elles appartiennent donc à la première période de la maladie. Sans préjuger des retentissements possibles du néoplasme au delà de la sphère utérine, la clinique nous permet d'employer cette expression de complète, si tant est qu'elle puisse l'être quand on parle de cancer. M. Segond extirpa 30 utérus qui répondent à cette catégorie, il eut 2 morts opératoires, une par embolie, une autre par shock et 28 guérisons opératoires sans complications graves. Ce sont ces dernières observations qui nous ont fourni les meilleurs résultats immédiats et éloignés, c'est parmi elles qu'on trouve de longues survies, et même, osons le dire, des guérisons. D'ailleurs les récidives et les résultats définitifs vont nous faire étudier en détail les faits que nous venons seulement d'énoncer.

II. — RÉSULTATS ÉLOIGNÉS

1° Récidives.— *Définition.*— « Le mot récidive est un non-sens, ou plutôt c'est un mot néfaste, car il éveille une idée radicalement fausse, » dit Lauwers (1).

Il y a une vingtaine d'années, le chirurgien qui amputait un sein atteint de cancer plongeait le bistouri en plein dans des tissus infiltrés de cellules cancéreuses. Quelques semaines ou quelques mois après l'opération, le cancer réapparaissait, pour la raison bien simple que le chirurgien, au moment de l'opération, avait laissé du cancer dans la peau, du cancer dans les aponévroses, du cancer dans le tissu cellulaire, du cancer dans les ganglions. Et il se désespérait d'avoir des récidives !

La chirurgie moderne a hérité des idées erronées de la chirurgie d'autrefois. En réalité, il n'existe pas de récidive, et il ne saurait y en avoir. Le cancer ne recommence pas, il continue : extirpé en totalité, il ne réapparaît pas ; enlevé incomplètement, il reprend sa marche envahissante, et c'est là, en clinique, toute sa malignité. » Ne pouvant abandonner cette expression de récidive parce que nous serions incompréhensible, nous avons tenu à en préciser le sens et la valeur. Alors on conçoit que la maladie ne renaît pas, qu'elle continue à évoluer et que son sommeil apparent n'est que le temps qu'elle emploie à s'extérioriser.

(1) Lauwers, Du cancer du corps de l'utérus. *Bull. de la Soc. belge de gyn. et d'obst.* 19 février 1898.

Causes. — Quelles sont donc les causes de cette récidive? Elles tiennent, dit Fabre-Domergue (1), à ce que : « 1° l'extirpation faite nécessairement au jugé n'a pas été complète, d'où repullulation locale immédiate des cellules néoplasiques abandonnées sur les lieux ; 2° la zone de transformation, c'est-à-dire celle dans laquelle les cellules en apparence saines sont pourtant encore en puissance d'hyperplasie, n'a pas été réséquée ; 3° les éléments néo-plasiques, mis, au cours de l'opération, en contact avec les tissus sains et les vaisseaux béants s'y sont infiltrés et y ont formé des noyaux secondaires, locaux ou éloignés (métastases). Nous ajouterons encore avec Cittadini (2) deux autres causes de récidive : 4° il y a eu inoculation spécifique pendant l'acte opératoire, qui, mobilisant des cellules encore vivantes du néoplasme, en permet la greffe sur les tissus cruentés ou érodés voisins ; 5° l'opération, ayant été complète et sans inoculation, des fragments libres de cancer sont abandonnés dans la plaie, c'est de la graine qui peut fructifier dans l'avenir.

Symptomes.— Dans une première période, la récidive peut se produire sans qu'elle attire l'attention des malades, elle passe inaperçue ou est constatée par hasard ou parce que le médecin la redoutait. Dans une deuxième période, « les malades, dit M. Bouilly (3), reviennent se plaindre, soient parce qu'elles souffrent ; soit parce

(1) Fabre-Domergue, Les cancers épithéliaux. 1898.

(2) Cittadini, Convient-il d'intervenir par cœliotomie abdominale dans l'hystérectomie pour cancer du col? *Annales de la Soc. Belg. de gyn.* 1897, n° 5.

(3) Bouilly, Des résultats thérapeutiques de l'hystérectomie vaginale contre le cancer de l'utérus. *Semaine gynécologique*, 1897, pages 148 à 156.

qu'elles perdent, quelquefois parce que en même temps elles perdent et souffrent. Une erreur de quelques semaines sur la date de début ne peut modifier en rien l'appréciation des résultats généraux. » M. JACOBS (1) insiste aussi sur ce sujet, il dit :

« Les recherches au point de vue de la constatation de l'époque exacte de la récidive sont difficiles, ardues. Lorsque de nouveaux symptômes morbides apparaissent, les malades perdent confiance dans leur chirurgien et vont confier ailleurs leurs misères ; d'autres ne nous reviennent que lorsque les lésions de récidive sont déjà très avancées, d'autres enfin ne présentent pas de récidive locale, mais des dégénérescences malignes dans des organes éloignés, ce qui les engage encore à ne nous revenir que tardivement. »

Il en résulte que le mot apparition de la récidive indique d'ordinaire la constatation, et que c'est dans ce sens qu'il faut le comprendre le plus souvent. Une cause d'erreur a été signalée par quelques auteurs. « On trouve fréquemment, dit HOFMEIER (2), aux extrémités de la cicatrice vaginale de petites plaies bourgeonnantes qui persistent longtemps et sur lesquelles il faudra appliquer des caustiques pour obtenir une cicatrice résistante. Plus d'une fois il m'est arrivé de trouver, après des mois et des années, aux angles de la cicatrice, de petites végétations polypeuses, en formes de crêtes de coq saignant facilement. Craignant une récidive, j'ai eu soin de les faire examiner au microscope par C. RUGE ; elles étaient formées par la muqueuse tubaire en voie de prolifération. » SCHON-

(1) JACOBS, *loco citato*.
(2) HOFMEIER, *loco citato*, p. 304.

heimer (1), Pasteau (2) ont vu se produire au fond du vagin un bourgeon, qui simulait une récidive, c'était une hernie de la trompe reconnaissable à son épithélium cilié. L'examen histologique seul permet de faire le diagnostic (Labadie-Lagrave et Legueu) (3).

Siège. — Presque toujours la récidive apparaît dans la cicatrice vaginale. Au-dessus, à son niveau, on sent, soit une induration, soit une ulcération, ou des bourgeons charnus. C'est le premier signe, l'envahissement néoplasique ne va plus s'arrêter. Dix-sept fois la récidive fut constatée dans la cicatrice (observations de M. Segond), 3 fois elle touchait en même temps aux ligaments larges, 4 fois elle s'était produite seulement dans le ligament large laissant indemne la cicatrice. Winter cite 58 cas de récidives dont 54 dans la cicatrice. On voit donc que la récidive au niveau de la cicatrice est presque une règle souffrant peu d'exceptions. Pourtant nous nous ferions un reproche de ne pas mettre en garde contre quelques autres localisations. Le tissu cellulaire des ligaments larges, celui qui accompagne les uretères, les ganglions situés le long des vaisseaux iliaques peuvent être pris isolément. Quelquefois même des métastases lointaines viennent nous surprendre soit dans des ganglions éloignés (4), soit dans le poumon (5) ou dans d'autres organes.

(1) Schonheimer, *Centr. f. gyn.*, sept. 1893, p. 858.
(2) Pasteau, *Annales de gyn. et d'obs.*, 1894, p. 261.
(3) Labadie-Lagrave et Legueu, Traité médico-chirurgical de gynécologie, p. 927.
(4) Russel, Importance opératoire des métastases et des récidives post-opératoires, *Semaine gyn.*, 1897, p. 55.
(5) Birchtein, *Annales de gyn.*, 98, p. 255.

Evolution de la récidive.— En examinant la statistique de M. Segond, sur un total de 40 observations où la récidive se produisit, nous la trouvons 30 fois dans le cours de la première année, 7 fois dans le cours de la seconde, 1 fois dans celui de la troisième, 1 fois dans celui de la quatrième, et une fois dans le cours de la septième année. Passons aux détails qui nous sont fournis sur l'âge des malades, la constatation de la récidive et la date de la mort.

Récidives dans les cinq premiers mois		*Mort.*
30 ans..........	2e mois...............	4e mois.
26 —	3e —	1 an et demi.
37 —	3e —	6e mois.
39 —	5e —	10e —
50 —	? —	8e —
50 —	? —	8e —
51 —	? —	7e —
53 —	5e —	10e —
60 —	? —	3e —

Récidives vers la fin de la première année....		*Mort.*
33 ans..........	8 mois.	Vivante en pleine récidive 1 an et 7 mois après l'opération.
40 —	? —	11e mois.
51 —	? —	—
43 —	7 à 8 mois..........	1 an et demi.
56 —	9 mois...............	1 an et 5 mois.

Dans 16 autres observations, les renseignements donnés sur la récidive ne sont pas assez complets pour être énumérés ; mais les malades doivent être considérées comme ayant récidivé durant la première année, d'après les lésions qu'on avait constatées soit en les examinant, soit surtout en les opérant. Au total il y eut trente récidives dans le cours de la première année.

Récidives dans la 2e année.................		*Mort.*
38 ans..........	1 an et 2 mois........	1 an 9 mois.
42 —	? —	1 an 5 mois.
43 —	1 an —	2 ans.
50 —	? —	2 ans.
52 —	? —	1 an 8 mois.
52 —	? —	1 an 8 mois.
60 —	? —	2 ans.
Récidives dans la 3e année.................		*Mort.*
69 ans..........	?	2 ans 9 mois.
Récidives dans la 4e année............ ...		*Mort.*
35 ans..........	?	4 ans 3 mois.

Récidive très éloignée.
51 ans, récidive 7 ans après, vivante actuellement.

Cette classification fut établie sur 40 observations; dans les autres, on ne put, soit que les opérations fussent trop rapprochées, soit que les malades n'eussent pas été revues une nouvelle fois, établir qu'elles étaient atteintes ou indemnes de récidives.

Q'on se reporte aux tableaux qui précèdent en lisant les lignes que M. Bouilly a écrites d'après sa statistique avec une telle autorité que nous nous faisons un devoir de les rappeler.

« Deux conditions, dit-il, peuvent faire prévoir une récidive fatale et rapide : l'âge du sujet et l'état des tissus au moment de l'intervention.

Dans tous les cas que j'ai opérés, chez des femmes *au-dessous* de 30 ans, la récidive s'est produite avec une rapidité excessive, alors même que les conditions locales paraissaient tout à fait favorables ; la lésion a récidivé un mois ou deux après l'opération, entraînant la mort dans un délai rapproché. La même chance de récidive rapide existe chez toutes les opérées au voisinage de la trentaine ;

entre 30 et 37 ans, la moyenne comme date de récidive est de 6 à 7 mois après l'opération. C'est cependant chez une malade de 38 ans que j'ai observé la récidive la plus éloignée, 4 ans 1/2 après l'hystérectomie. Mais dans ce cas l'ablation avait été aussi précoce que possible ; la lésion était tout à fait limitée au museau de tanche. Malgré les résultats de l'examen microscopique qui nous révélait un épithélioma typique, l'absence prolongée de récidive m'amenait presque à douter de la légitimité du diagnostic. Plus tard, malheureusement, le retour du mal venait nous prouver que la clinique et le microscope avaient eu raison.

Si ces résultats thérapeutiques sont d'une façon constante rendus déplorables et illusoires par le fait même du jeune âge des sujets, ce n'est pas à dire qu'à une période plus avancée de la vie on ne puisse observer des récidives rapides, quelquefois même tout aussi précoces que chez les toutes jeunes femmes. J'ai observé une récidive, après un mois et demi, chez une femme de 49 ans, une autre après deux mois chez une femme de 66 ans, une autre après le même temps à peine chez une opérée de 60 ans et chez une autre de 56 ans ; je note des récidives après 3 mois, 6 mois, 7 mois, chez des femmes de 40, 42, 43, 44, 50 et 52 ans.

Dans ces conditions, où l'âge ne saurait plus être mis en cause pour expliquer la rapidité de la récidive, il faut à mon avis en trouver l'explication dans un état avancé des lésions cancéreuses au moment de l'hystérectomie vaginale. L'ablation ne porte sur des tissus sains qu'en apparence et les éléments de la continuation ou de la récidive du mal existent déjà au moment de l'intervention. L'envahissement même peu prononcé des culs-de-sac

vaginaux, une induration même superficielle du ligament large, et en voilà assez pour une récidive fatale et rapide ! »

Qu'on nous permette d'ajouter une petite réflexion à cette citation très intéressante de M. Bouilly. Pour nous, les statistiques actuelles mêlent les cas opérables avec ceux où l'hystérectomie n'est plus indiquée ; il en résulte une confusion qui embrouille tout le temps les termes du problème et peut fausser légèrement la vérité. Ne serait-il pas utile aussi de comparer les récidives du cancer du col à celles du corps? Sur 30 récidives signalées dans le cours de la première année, il y en eut 26 pour le col et 4 pour le corps :

Age......................	*Récidive*.......	*Mort*
39 ans....................	5 mois.......	10 mois.
51 —	? —	7 —
53 —	5 mois.......	10 —
60 —	continuation...	3 —

Sur 7 récidives signalées dans le cours de la deuxième année, il y en eut 2 pour le corps :

43 ans..................	1 an...... ...	2 ans.
52 —	?	1 an 8 mois.

La récidive signalée dans le cours de la troisième année est due à un cancer du corps : malade de 69 ans qui mourut 2 ans et 9 mois après l'opération. La récidive surprenante de plus de 7 ans après l'intervention appartient encore à un cancer du corps. Les guérisons opératoires ne portant que sur 20 cas, on voit que la récidive est moins fréquente et moins rapide.

La *durée* de la récidive ne peut être faite qu'approxi-

mativement puisqu'on n'en connaît pas le début, aussi parlerons-nous d'une durée probable. Pour M. JACOBS :

« *La mort* dans tous ces cas de récidive s'est produite de un à trois mois généralement, après l'apparition des premiers symptômes. Dans un seul cas, j'ai donné mes soins pendant plus de 9 mois à une malheureuse chez laquelle la récidive s'était montrée 7 semaines après l'opération. Elle vécut (?) 7 mois environ avec un cloaque par où s'échappaient urines et matières fécales. »

Les résultats qui nous sont fournis par M. SEGOND sont bien meilleurs et plus encourageants. Sur 20 observations, on trouve 15 cas où la durée probable fut inférieure à un an, et 5 où elle fut supérieure, jamais elle ne put arriver à deux ans.

A. Durée probable de	2 mois.	....	1 fois.
— —	3 —	....	2 —
— —	4 —	....	1 —
— —	5 —	....	3 —
— —	6 —	....	2 —
— —	7 —	....	3 —
— —	8 —	....	1 —
— —	9 —	....	2 —
B. Durée probable de	1 an	....	1 —
— —	1 an trois mois	....	1 —
— —	1 an cinq mois	....	1 —
— —	1 an et quelques mois	...	2 —

Jamais la durée probable n'atteignit deux ans.

La durée moyenne est de six à 8 mois, mais il peut y avoir des écarts très sensibles en faveur d'une survie plus longue. L'âge, le siège initial du cancer, sa forme n'ont pas une grande influence sur la durée probable de la récidive. Il nous a semblé que la localisation de cette ré-

cidive était moins négligeable ; celle qui débute par la cicatrice paraît avoir une tendance plus grande à l'envahissement que celle qui commence par les ligaments larges. M. Terrier dit avec raison : « Il paraît exister une *relation* entre l'apparition plus ou moins rapide de la récidive et la durée totale de la survie, ce qui se comprend facilement, la récidive et la survie devant varier avec la malignité plus ou moins grande de la tumeur. » En se reportant aux premiers tableaux, on est surpris de la grande exactitude de l'hypothèse de M. Terrier. Il existe une proportion qui varie du simple au double, récidives se montrant, 2, 3, 4, 8, 10, 12 mois après l'opération, la mort survient 4, 6, 8, 16, 20, 24 mois après l'opération, cela n'est vrai que pour les 2 premières années, et encore. Nous exagérons un peu à dessein, car nous croyons que les soins peuvent augmenter cette durée probable de la récidive sans pouvoir lui faire dépasser deux ans environ.

Il nous faut maintenant dire en quelques lignes quels sont les troubles qui accompagnent la marche de la récidive. Au début, comme on le pense, ils n'existent pas ou à peine : ce sont de petites pertes de sang ou des douleurs insignifiantes. Les malades continuent pendant quelques mois à vaquer à leurs occupations sans en être beaucoup incommodées. C'est la période tolérante d'une durée variable. A cette phase succède peu à peu une période durant laquelle le mal prend une tournure plus active : des pertes rousses légères mais continuelles se produisent, rarement de grandes hémorragies se déclarent. Les douleurs vont en augmentant d'intensité, tantôt localisées au bassin et exagérées par la miction et la défécation, tantôt remontant aux régions lombaires avec irradiations

dans les membres inférieurs. Le sommeil, l'appétit disparaissent et les malades peuvent mourir de cachexie sans presque jamais présenter de fistules vésico-vaginales ou recto-vaginales spontanées. Quelquefois une embolie, des métastases emportent brusquement les hystérectomisées, d'ordinaire elles meurent à la suite des progrès de la récidive avec des troubles de péritonite, de dilatation urétérale, etc. L'hystérectomie vaginale donne donc une période de guérison apparente plus ou moins longue avec retour presque parfait à la santé dans tous les cas. Retenons que cette période sera d'autant plus prolongée que les opérations seront mieux indiquées. Qu'on se garde de toucher aux cancers qui dépassent les limites de l'utérus, cette période de grande amélioration deviendrait nulle et l'hystérectomie n'aurait même plus sa raison d'être au point de vue palliatif. Dans la statistique de M. Segond, nous trouvons 29 cas où la mort à la suite de récidive fut indiquée.

Elle survient au cours de la *première année*, *14 fois :*

1 fois	....	à 3 mois
2 —	....	— 4 —
0 —	....	— 5 —
3 —	....	— 6 —
1 —	....	— 7 —
2 —	....	— 8 —
1 —	....	— 9 —
2 —	....	— 10 —
2 —	....	— 11 —

Au cours de la *deuxième année*, *9 fois :*

2 fois	....	à 1 an
1 —	....	— 1 an 1 mois
2 —	....	— 1 — 5 —

1 fois	à	1 ans 6 mois
2 —	—	1 — 8 —
1 —	—	1 — 9 —

Au cours de la *troisième année*, *5 fois :*

4 fois	à	2 ans
1 fois	—	2 — 9 mois

Au cours de la *cinquième année*, *1 fois* (4 ans 3 mois).

Pour en finir, jetons un dernier coup d'œil sur les statistiques de constatations de récidive ; elles sont intéressantes. En parcourant les observations de M. Bouilly, les récidives constatées dans le cours de la première année atteignaient le chiffre de 77,7 0/0 ; dans le cours de la deuxième, il fallait ajouter un surplus de 17,8 0/0, il ne restait plus pour les troisième et quatrième années que 5 0/0. La statistique de M. Jacobs suit à peu près la même proportion, pour la première année 70 0/0, pour la seconde, 13 0/0 en plus, pour la troisième les 17 0/0 restants. Il en est encore de même dans la statistique de M. Segond, elle donne 75 0/0 pour la première année, 18 0/0 pour la seconde, et 7 0/0 pour les suivantes. Nous n'avons pas à insister sur des faits aussi démonstratifs ; ils concordent avec les résultats fournis par M. Lairé (1) d'après plus de 400 observations (Statistiques de MM. Pozzi, Quénu, Ricard, Routier, Schwartz et Legueu). « La récidive, dit-il, est la règle, elle est extrêmement fréquente dans la première année, elle diminue un peu dans la deuxième, puis dans les suivantes ». Est-ce absolument juste d'affirmer que, malgré l'extirpation totale, le cancer doive récidiver dans tous les cas? M. Bouilly le pense, « quel que

(1) Lairé, Résultats éloignés de l'hystérectomie vaginale dans le cancer de l'utérus. Thèse de Paris, 1896.

soit, dit-il, le siège initial du néoplasme, quel que soit l'âge des malades, le pronostic thérapeutique reste pour le cancer de l'utérus, opéré radicalement par hystérectomie vaginale, le même que celui du cancer en général : la récidive, le plus souvent prochaine, plus rarement éloignée, *est la règle absolue;* la guérison vraie paraît être tout à fait exceptionnelle. Dans la très grande majorité des cas, le cancer utérin paraît même jouir d'une grande malignité, comparable à celle du cancer de la langue et du rectum ; l'invasion lymphatique périphérique semble s'y produire de très bonne heure et préparer dès les premiers temps du mal les éléments d'une récidive post-opératoire. » MM. Terrier et Hartmann sont moins affirmatifs; la proportion des récidives serait pour eux de 70 0/0, pour Olshausen de 75 0/0. Dans l'évaluation de ces chiffres, il y a des causes d'erreur inévitables qui ne nous permettent pas de dire s'ils sont supérieurs à la réalité. Ce qu'il y a de certain, c'est que l'étude des survies que nous allons commencer dans quelques instants nous rapprochera beaucoup des résultats de MM. Terrier, Hartmann, et Olshausen.

Il serait aussi très intéressant de préciser les rapports des formes de cancer avec la récidive. Ils sont souvent faussés par le manque de comparaison qu'on peut établir entre des hystérectomies s'adressant à des néoplasmes limités, et entre des hystérectomies dirigées contre un cancer qui a envahi les ligaments larges et le vagin. Après ces restrictions, on peut dire qu'il y a des formes plus graves les unes que les autres. Le cancer, chez les jeunes femmes, chez les femmes grosses, chez celles qui nourrissent, affecte une « allure galopante », sur laquelle

MM. TILLAUX, TÉDENAT, POZZI, BOUILLY ont déjà insisté ; ce sont les pires des cancers. Si MM. BOUILLY et JACOBS croient que les cancers du corps sont tout aussi dangereux que ceux du col, avec M. le Pr LE DENTU nous ne le pensons pas. Les vingt-cinq cas de M. SEGOND nous ont montré que les récidives étaient moins fréquentes et plus tardives, les survies viendront encore nous apporter une nouvelle preuve. Pour les cancers du col, nous nous en tiendrons à la statistique de KRUKENBERG (1); la récidive s'est produite dans la proportion de 33 p. 100 dans le cancer de la muqueuse cervicale, de 36,4 p. 100 dans le cancroïde du museau de tanche, de 42 p. 100 dans les petites excroissances en choux-fleur du col. Quand la muqueuse cervicale était envahie, la proportion des récidives s'éleva à 58 p. 100 ; à 60 p. 100 quand les parois du col étaient tout entières infiltrées ; à 62,5 p. 100 dans les grosses végétations du col ; à 80 p. 100 dans le cancer du col avec ulcérations profondes. En somme les formes végétantes sont plus extensives et exposent davantage à la récidive. JOHN WILLIAMS et PIERRE DELBET (2), tout en partageant cette manière de voir, la présentent sous un aspect très séduisant. Pour eux, il y a deux formes de cancer du col, un épithélioma de la portion vaginale qui est pavimenteux et un épithélioma du canal cervical qui est cylindrique. Les conditions anatomiques et embryologiques donneront au premier le pronostic des cancers du vagin, et au second celui des cancers du corps.

Traitement. Opérations radicales et palliatives. Laparoto-

(1) LABADIE-LAGRAVE et LEGUEU, Traité médico-chirurgical de gynécologie, p. 929.

(2) PIERRE DELBET, Traité de chirurgie de Duplay et Reclus, t. VIII, p. 466.

mies. — La majeure partie des chirurgiens se contentait de soigner d'une façon palliative les accidents déterminés par la récidive. Quelques-uns pourtant avaient ouvert à nouveau par le vagin la cicatrice, et avaient extirpé soit quelques noyaux cancéreux, soit des lambeaux du vagin. Ils limitaient leurs interventions aux cas où la néoformation était minime et en apparence facile à enlever. Souvent ils furent déçus dans leurs espoirs et ne purent faire que des ablations très incomplètes. En surplus ils éprouvèrent des accidents qui les découragèrent : des perforations de la vessie, du rectum, de l'intestin, de l'uretère. Et cela se comprend quand on songe que, récidivé, le néoplasme englobe tout ce qui l'avoisine ; il n'y a qu'à recourir à quelques observations d'autopsies (Bæckel, Terrier, etc.), et à se rappeler ce que nous avons dit à propos des opérations incomplètes ou d'apparence complètes, pour se rendre compte que les réservoirs et leurs conduits sont envahis des premiers. A part quelques rares exceptions telles que l'extirpation d'un petit noyau dans la cicatrice, les opérations complémentaires par la voie vaginale furent abandonnées.

Ce travail, exécuté à tâtons, sans contrôle anatomique, était semé de trop de difficultés et de dangers. Quelques indications particulières pouvaient rester ; de petits noyaux, de petites plaques indurées mobiles dans la profondeur pouvaient être enlevées avec les plus grandes précautions. Encore devait-on craindre la présence de l'uretère, les adhérences intestinales non rares avec dégénérescence de ce conduit. Dans tous les autres cas, et c'étaient les plus nombreux, on devait se contenter de détruire les formations nouvelles, soit par la curette, soit par le thermo-

cautère, soit par des caustiques appropriés et toujours avec les mêmes précautions.

La thérapeutique était donc impuissante contre la récidive, il fallait savoir s'en tenir à des résultats très approximatifs, toute tentative d'ablation, même dans des faits exceptionnels, était hasardeuse et pleine de périls.

Ces préceptes généraux étaient adoptés par tous, quand la question d'enlever le cancer de l'utérus par la voie haute fut remise à l'ordre du jour. Des succès immédiats encouragèrent les chirurgiens à persévérer dans le même chemin ; de plus ils se dirent : nous faisons l'évidement du bassin, nous recherchons des ganglions, nous pratiquons des ablations de parois vésicales, intestinales, pourquoi laisserions-nous les malades mourir de leurs récidives? Nos opérations ne seront pas plus graves que celles dirigées contre le néoplasme, peut-être pourraient-elles être plus efficaces. MM. Rouffart, Jacobs, Pryor mirent ce plan à exécution, cinq fois ils pratiquèrent la laparotomie. L'opération primitive (3 fois l'hystérectomie vaginale, 2 fois l'hystérectomie abdominale) remontait à 1 mois et demi, 2 mois et demi, 3 mois, 4 mois et demi, et 9 mois. Les résultats immédiats furent relativement satisfaisants, puisqu'il n'y eut qu'une mort opératoire. Mais les interventions furent déplorables et les suites à prévoir aussi mauvaises que possible. Voyons ce qu'ils trouvèrent à l'ouverture du ventre et à quels délabrements ils furent conduits pour remédier aux lésions qui se présentèrent à eux. Dans la seule observation, appartenant à M. Jacobs, où l'opération put être qualifiée de radicale, si tant est qu'on puisse employer cette expression, la malade mourut d'infection mixte suraiguë. Nous ne

pouvons mieux faire que de rapporter cette très intéressante observation de M. JACOBS (1).

Il s'agissait d'une personne de 31 ans, III pare, à laquelle je fis, le 31 mars 1897, l'hystérectomie vaginale pour cancer du col. J'enlevai l'utérus et ses annexes. Les culs-de-sac vaginaux étaient indemnes. La malade se rétablit rapidement, la santé revint et il n'y eut aucune apparence de récidive jusqu'en novembre 1897. A cette époque elle se plaignit de douleurs lancinantes dans le pelvis, localisées à gauche, de difficultés et de douleurs à la défécation. En décembre, ces symptômes avaient augmenté ; elle signalait des selles sanguinolentes, à la suite de constipations très opiniâtres. Insomnie, inappétence et dépérissement.

Le toucher vaginal permettait de limiter en arrière du fond du vagin, absolument sain, une nodosité très sensible et très limitée. Croyant avoir affaire à une adhérence intestinale à ce niveau, avec dégénérescence carcinomateuse, nous conseillâmes une seconde intervention par l'abdomen.

Nous la fîmes le 5 janvier 1898. Nous ne découvrîmes aucune adhérence avec le fond du vagin. Celui-ci était sain dans toute son étendue ; nous trouvâmes le ligament large droit indemne de tout ganglion lymphatique carcinomateux.

Dans le fond du pelvis était entraînée par son poids une anse de l'intestin grêle, présentant un noyau carcinomateux du volume d'une mandarine ; c'est ce que l'on percevait par le toucher vaginal. Un peu plus haut, cette même anse intestinale avait contracté d'énormes adhérences avec un gros paquet ganglionnaire situé dans le ligament large gauche. L'intestin à ce niveau présentait un second noyau carcinomateux très étendu et très volumineux. Je fis la résection de cette anse intestinale largement en deçà des noyaux carcinomateux, en m'entourant de toutes les précautions nécessaires en pareil cas : puis je pratiquai immédiatement la réunion de deux extrémités de l'intestin, au moyen de deux étages de sutures multiples de Lambert. La portion réséquée mesurait 17 centimètres. Je détachai ensuite la portion intestinale réséquée de ses adhérences à la masse ganglionnaire, et enfin, après dissection du ligament large, j'évidai complètement celui-ci, c'est-à-dire que j'enlevai un vaste

(1) JACOBS (C.), Ablation génitale abdominale dans le cancer utérin, (*Bull. de la Soc. belge de gyn.*, 1898, p. 160.

ganglion lymphatique, du volume d'une orange, à la partie inférieure duquel se trouvait l'uretère. Je terminai par un surjet sur le ligament.

Après cette opération, tout le bassin présentait le même aspect qu'après une hystérectomie abdominale totale pour fibrome, par exemple, sans aucun vestige de carcinose.

Les suites immédiates de l'opération furent bonnes, la température ne s'élevant pas au delà de 38°. Le cinquième jour, le pouls prit brusquement une allure rapide et notre malade, avec une température de 38°, nous fut enlevée en quelques heures, malgré des injections de sérum artificiel et des excitants multiples.

L'autopsie pratiquée le lendemain de la mort décela au fond du pelvis une quantité de pus évaluée à environ 40 à 50 grammes ; le surjet, la suture intestinale étaient intacts ; aucune trace de péritonite.

La mort peut être attribuée à une infection mixte suraiguë.

Dans les quatre autres observations, les opérations furent très incomplètes (Rouffart) ou même les laparotomies furent purement exploratrices (2 cas de Jacobs et 1 de Pryor). Cette conduite avait été commandée quatre fois par l'étendue des lésions qui affectaient toujours l'intestin et cela sous deux formes : tantôt par propagation, tantôt par dissémination de noyaux à sa surface. L'envahissement englobait la cicatrice vaginale, les ligaments larges pris isolément ou ensemble, les parois vésicales, rectales, le tissu cellulaire pelvien, les ganglions. Chaque partie pouvait être atteinte séparément ou le néoplasme pouvait former une masse cancéreuse unique qui les comprenait toutes. Pryor démontra par le cathétérisme que les uretères étaient parfois comprimés, sans être entrepris par la dégénérescence maligne.

D'autres chirurgiens avaient déjà insisté sur cette perméabilité des uretères qu'ils avaient constatée dans les autopsies pour cancer de la matrice. Avec juste raison,

Rouffart, Jacobs, Pryor refermèrent le ventre de leurs malades considérant que toute intervention radicale était trop dangereuse et impossible à réaliser. Dangereuse, nous n'avons pas besoin de le dire : des résections de portion d'intestin, de la vessie, du rectum, des blessures possibles de l'uretère, un évidement du bassin d'une difficulté extrême, voilà de quoi arrêter les plus audacieux. Impossible, parce que vous n'enlevez que la grosse lésion. A cette période le cancer a fusé à travers tous les plans de clivage du pelvis, le tissu cellulaire qui unit tous les organes est dégénéré au loin, et son ablation ne peut être totale. Votre opération sera donc forcément incomplète. Alors pourquoi la pratiquer, puisque vous laissez des surfaces cruentées peut-être néoplasiques ; ne craignez-vous pas des adhérences qui aideront au transport rapide du cancer, n'avez-vous pas une grande frayeur de semer le cancer sur la surface de l'intestin? La laparotomie n'est donc pas seulement dangereuse dans sa poursuite d'un but thérapeutique presque irréalisable, elle est encore néfaste parce qu'elle n'est pas radicale et crée ainsi des conditions plus mauvaises que celles qui existaient auparavant.

Pouvions-nous prévoir les graves lésions que nous avons signalées? Nous le croyons, l'examen antérieur de la malade, son opération première, l'étude de la pièce anatomique enlevée, la rapidité de la récidive sont autant de facteurs qui nous conseillaient l'abstension dans les cas qui nous occupent. Nous ne comprenons pas pourquoi M. Jacobs s'est résolu à de nouvelles laparotomies, quand il savait que ses hystérectomies abdominales avaient deux fois été incomplètes, puisqu'il avait laissé des ganglions et des masses infiltrées. Il n'espérait pas que les difficultés seraient

moindres ou que des surfaces cancéreuses avivées auraient pu guérir ou rétrocéder. Si l'opération primitive a été incomplète, il est de toute évidence qu'il ne faut pas songer à une opération secondaire qui le serait encore plus. Peut-être à la rigueur pourrait-on se demander, quand l'hystérectomie totale a été appliquée à des cas de début, et quand la récidive est survenue très tard, si on ne devrait pas songer à une extirpation radicale? Nous avons peine à le croire; quand la récidive apparaît, le mal a pris trop d'extension pour qu'on soit certain de le dépasser.

Le court laps de temps qui s'était écoulé entre la première intervention et les manifestations de la récidive aurait dû faire réfléchir les laparotomistes. Quand il n'y a qu'un mois et demi, deux mois et demi, 3 mois, 4 mois et demi, le pronostic de la récidive est tellement grave qu'il fait disparaître tout espoir de quelque nature qu'il soit.

En résumé nous rejetons la laparotomie dirigée contre la récidive. Elle conduit à des opérations incomplètes ou reste seulement exploratrice. Quand elle paraît réalisable, ses difficultés sont tellement considérables qu'elle n'est jamais radicale ; de là des dangers d'inoculation et de dissémination du cancer.

2° Survies. — Les survies peuvent être étudiées suivant deux grandes classes. Dans la première, les malades ont fini par être atteintes de récidives, les hystérectomies vaginales furent palliatives ; dans la seconde, le mal n'a pas eu de retour offensif, les hystérectomies paraissent devoir être radicales.

Hystérectomies palliatives. — « Nous n'aurions obtenu,

dit KALTENBACH (1), pour le cancer de l'utérus, comme pour les cancers d'autres organes, pour celui de la mamelle par exemple, que des résultats palliatifs que nous devrions nous en féliciter.

Les malades qui survivent se relèvent très vite. Débarrassées de leurs douleurs, des sécrétions qui les épuisaient, elles reprennent rapidement des forces, un excellent état général et même, lorsque survient la récidive, l'intensité des douleurs est généralement moins vive que chez les femmes qui n'ont pas été opérées. » Nous ne pouvons résister à la tentation de citer entièrement les lignes que M, BOUILLY consacre à ce sujet, elles sont si pleines de clarté qu'elles fixent bien dans l'esprit la valeur de l'hystérectomie vaginale comme opération palliative.

« Est-ce à dire, écrit-il, que les cancéreuses utérines opérées par hystérectomie vaginale ne retirent pas de bénéfices de l'intervention et doivent être abandonnées à leur malheureux sort ? Loin de moi cette pensée : les *résultats thérapeutiques* sont médiocres comme dans toutes les interventions dirigées contre le cancer ; mais néanmoins il n'en est pas où ils soient meilleurs ou plus satisfaisants pour la malade, qu'après l'hystérectomie vaginale, entre le moment de la guérison opératoire et celui de la récidive. Dans cette période, les malades peuvent avoir l'illusion et ont toutes les bénéfices de la guérison radicale et complète. Plus d'hémorragies, plus de pertes d'aucune sorte, plus de douleurs, aucune gêne fonctionnelle, aucune apparence visible de mutilation ; elles ont du *coup l'idéal du résultat opératoire*.

En peut-on dire autant après les opérations les mieux

(1) KALTENBACH, *loco citato*, p. 341.

réussies sur la langue où le succès opératoire et thérapeutique ne va guère sans une gêne notable de la parole, de la déglutition ; ou sur le rectum à l'ablation duquel succèdent souvent les troubles mécaniques de la défécation?

L'ablation du sein comporte une mutilation pénible, une cicatrice parfois disgracieuse. Le pronostic thérapeutique général dans toutes ces variétés du cancer n'est guère meilleur que pour celui de l'utérus, et pourtant viendra-t-il à l'idée d'un chirurgien de ne pas toujours espérer par le meilleur choix des cas et de la technique, l'idéal de la guérison définitive et de refuser au malade les bénéfices même temporaires de l'opération? Et si pour l'utérus on veut se rappeler que dans une statistique partielle comme la mienne, portant sur un nombre restreint de cas, commençant avec les plus mauvais temps, c'est-à-dire avec le début de l'opération, on obtient des périodes d'arrêt du mal de 4 ans et demi, de 3 ans, de 2 ans, de 18 mois, d'un an, dans une affection fatale et fatalement progressive, où l'opération supprime d'emblée tous les symptômes pénibles, n'est-on pas en droit de poursuivre encore les tentatives et d'affirmer que, pour le moment, dans le traitement du *cancer utérin opérable*, l'hystérectomie vaginale est la meilleure des opérations palliatives? »

Nous le pensons d'autant plus que les 70 p. 100 de récidives constatées dans la première année ne dépendent pas de l'intervention, mais de l'état trop avancé des lésions. Thorn reconnaît qu'au premier examen 70 p. 100 des malades chez lesquelles on découvre un cancer utérin sont déjà inopérables, et sur les 30 p. 100 qui restent, il en est beaucoup chez lesquelles le néoplasme a déjà franchi les limites de l'utérus et pour lesquelles la récidive à brève

échéance peut être regardée comme inévitable. Si nous consultons la statistique de BYRNE, nous apprenons que 75 p. 100 des femmes opérées sont mortes de récidive dans l'espace de trois ans. Sur ces 75 pour 100, on nous concédera qu'un grand nombre ne devait pas être dans les conditions requises pour une bonne intervention, 13 pour 100 seulement étaient vivantes en pleine récidive après trois ans, et 12 p. 100 n'avaient aucune tare néoplasique. Sans attacher une valeur absolue à cette statistique qui est une des meilleures, on ne peut nier que, d'après elle, et d'autres que nous avons publiées plus haut, l'hystérectomie vaginale n'ait une importance réelle comme opération palliative. Les cancéreuses qui survivent deux, trois, quatre ans sont dans une proportion de 10 à 15 p. 100. Ces résultats éloignés, tout en n'étant pas brillants, sont très loin d'être négligeables, puisque dans ce laps de temps plus ou moins court la guérison semble parfaite. D'ailleurs les survies sans récidives vont mieux nous fournir un dernier enseignement.

Hystérectomies peut-être radicales. — Quelques chirurgiens, et parmi eux M. BOUILLY et M. JACOBS, ont peine à croire que le cancer de la matrice puisse être guéri radicalement par hystérectomie vaginale. « Il ne faut pas perdre ou à peu près, dit M. BOUILLY, l'illusion de la guérison radicale du cancer par hystérectomie, aucune de mes malades opérées en 1886 n'est actuellement vivante.

Je n'ai qu'un seul cas jusqu'à présent qui puisse me faire admettre la possibilité d'une guérison très prolongée et peut-être définitive ; il s'agit d'une femme actuellement en parfait état de santé, sans aucune apparence de récidive, revue encore très récemment, opérée le 10 mars 1888,

c'est-à-dire il y a près de 9 ans! et encore je ne fournis ce fait que sous toutes réserves. A un premier examen en dépit des signes cliniques les plus caractéristiques, l'examen microscopique fait par M. Pilliet ne démontrait pas la présence d'éléments cancéreux ; quelques jours plus tard sur un nouveau fragment enlevé du col, il révélait des « traces de carcinôme ». Or, si je note que cette malade au moment de son opération n'avait que 35 ans, âge auquel la récidive s'est produite et en général rapidement dans tous les autres cas, je me prends presque à douter de la légitimité du diagnostic et en tout cas je suis porté à considérer ce cas de guérison comme tout à fait exceptionnel. » M. Jacobs émet encore un pronostic plus sombre ; aucune de ses malades opérées depuis 3, 4, 5, 6 ans n'est actuellement vivante. Aussi, pour lui, l'hystérectomie vaginale ne peut jamais donner la guérison radicale, tout au plus elle doit être considérée comme une opération palliative. Si tous les auteurs avaient partagé cette opinion, nous devrions arrêter ici notre travail. Heureusement nombre de chirurgiens obtinrent de meilleurs résultats, nous allons les énumérer. Hofmeier pense que si les résultats définitifs sont loin d'être brillants, cela tient non pas à l'opération, mais à la nature de la maladie. « De récentes communications, dit-il, donnent lieu d'espérer que les perfectionnements apportés dans le diagnostic du cancer de l'utérus au début contribueront à grossir le nombre des succès définitifs. Quoi qu'il en soit, ce n'est pas par unités, mais par dizaines que se chiffrent déjà les guérisons permanentes obtenues par l'extirpation totale de l'utérus.

Parmi les malades qui avaient survécu à l'opération,

42 p. 100 étaient encore en vie après trois ans, 41, 3 p. 100 vivaient encore après quatre ans... » Il ajoutait avec raison : « les cancers qui se prêtent le mieux à la guérison opératoire définitive sont, outre le cancer du col à son début, le carcinôme de la muqueuse cervicale et le cancer du corps de l'utérus ». THORN passant en revue la statistique de la clinique de Magdebourg va même plus loin qu'HOFMEIER : pour lui la moitié des cas de cancers limités à l'utérus obtiendraient une guérison durable, c'est-à-dire de plus de 5 ans. L'une de ses malades a été opérée depuis 7 ans, l'autre depuis 8 ans. Ces prétendues guérisons sont exceptionnelles comme quantité. M. RUSSEL donne encore 36 0/0, 14 de ses malades sont vivantes, trois depuis plus de 4 ans, 4 depuis plus de trois ans. M. E. JANVRIN, resté dans les mêmes limites, donne 33 p. 100 de guérisons échelonnées entre trois et 12 ans. Pour MM. TERRIER et HARTMANN (1) 30 p. 100 des malades qui survivent à l'opération en apparence complète, semblent guéries définitivement, alors même que la nature du mal a été constatée cliniquement et histologiquement. Les chiffres fournis par OLSHAUSEN (2) (de Berlin) sont un peu moins bons. Sur 155 cas suivis pendant 5 ans, 25,7 0/0 n'ont pas de récidive. BYRNE, sur un total de 163 hystérectomies vaginales, arrive seulement à 12 p. 100. On ne peut pas être sans remarquer les différences très grandes qui existent entre chaque statistique, et nous avons assez répété qu'il ne fallait jamais attacher une trop grande importance aux chiffres. Ils nous apprennent pourtant que les guérisons

(1) TERRIER et HARTMANN, *Revue de chirurgie*, 1892, p. 303.

(2) OLSHAUSEN, 21e congrès de la Société allemande de chirurgie, *Revue de chirurgie*, 1893, p. 72.

d'apparence radicales sont indéniables. Les 12 p. 100 de BYRNE paraissent se rapprocher le plus de la vérité à l'époque actuelle, les 25 p. 100 d'OLSHAUSEN devront être atteints quand on précisera bien les indications. Nous ne voudrions pas quitter ce chapitre sans rappeler les guérisons d'après le temps écoulé depuis l'intervention. M. le Pr LE DENTU (1) dans une de ses cliniques a traité ce sujet, nous lui empruntons quelques chiffres. M. RICHELOT observe des opérées encore vivantes et sans récidives après 7 ans 3 mois, 6 ans 10 mois, 4 ans 1 mois, 3 ans 6 mois, 3 ans 4 mois, 3 ans 1 mois, 2 ans 7 mois, 2 ans. M. TERRIER a constaté des survies de 6 ans 4 mois, 4 ans 8 mois, 2 ans 7 mois. Voici le tableau des survies sans récidives d'après la statistique de M. SEGOND :

54 ans	Sans	récidive	9 ans	6 mois après
60 —	—	—	9 ans	
51 —	—	—	4 ans	11 mois
60 —	—	—	4 ans	4 mois
53 —	—	—	2 ans	10 mois
45 —	—	—	2 ans	10 mois
59 —	—	—	2 ans	8 mois
45 —	—	—	2 ans	
37 —	—	—	2 ans	

M. PURCEL (2) a une opérée qui vit après 12 ans, trois après 6 ans, trois après 3 ans, douze après 2 ans. W. OTT (3) a obtenu des résultats définitifs très favorables ; l'une de ses malades est indemne de récidive depuis 12 ans, d'autres depuis 11, 10, 8 et 6 années.

(1) LE DENTU, Pronostic de l'hystérectomie vaginale dans les cas de cancer de l'utérus. *Sem. Gyn.*, 1897, p. 303.

(2) PURCEL. *Semaine gynécol.*, 1896, p. 367.

(3) OTT (W.), *Congrès de Moscou*. 1897.

Olshausen a relevé des survies de 5, 7, 9 ans. L'énumération qui va suivre est tirée de l'article de M. Longuet (1).

« Une des 19 opérées de Pozzi a été retrouvée sans récidive après 3 ans ; — deux des 11 opérées de Quénu ont été revues sans récidive l'une après 3 ans, l'autre après 6 ans; — une de Terrier et Hartmann après 5 ans et une autre après plus de 3 ans; — 3 des 12 opérées de Hartmann ont été revues sans récidive après 3 ans; — une des 15 opérées de Ricard après 4 ans, et une autre après 2 ans ; — 3 des 15 opérées de Schwartz après plus de 4 ans, plus de 3 ans, plus de 2 ans; — 3 des 31 opérées de Routier après 5 ans, après 3 ans 1/2, après 3 ans; — une des 127 opérées de Bouilly est restée sans récidive pendant 4 ans 1/2 ; — une de Le Dentu pendant 6 ans et 6 mois; — et surtout 10 des 62 opérées de Routier ont été revues guéries après 9 ans 1/2, après 9 ans, après 6 ans, après 5 ans 1/2, après 5 ans, après 4 ans 1/2, après 4 ans 1/4, après 4 ans, après 3 ans 1/2, après 3 ans. »

Comme le disait W. Ott, au Congrès de Moscou 1897, le cancer de l'utérus est donc une affection curable par l'hystérectomie vaginale. Cette curabilité n'est-elle qu'apparente ou définitive ?

Guérisons temporaires et guérisons sans doute définitives. — En matière de cancer, on considère la guérison comme d'autant plus probable qu'on s'éloigne davantage de la date de l'opération. Si les récidives après 3 et 4 ans sont rares, elles n'en existent pas moins, et c'est une habitude de dire qu'une malade est guérie lorsque cinq ans se sont

(1) Longuet, *Bull. Méd.*, 1899, p. 151.

écoulés. Pourtant notre Maître M. SEGOND a vu une de ses opérées récidiver plus de 7 ans après l'intervention.

Alors où est donc la limite entre les guérisons temporaires et les guérisons définitives? Nous serions bien embarrassé de la fixer, et il nous semble plus rationnel de dire qu'une malade peut être regardée comme guérie définitivement, quand un examen très minutieux pratiqué quatre ans après ne révèle pas le retour du mal. Pourquoi vouloir que la graine cancéreuse qu'on a laissée, et qui d'ordinaire se développe rapidement, ait tant de peine plus tard à germer. Aussi avec un certain nombre d'auteurs nous avons plus de tendances à penser que, après une période de 4 à 5 ans, il n'y a plus de récidive, mais un développement nouveau du cancer. Ces malades avaient bien été frappées par la dégénérescence maligne une première fois, pourquoi des tissus qui y sont prédisposés ne laisseraient-ils pas éclore une nouvelle fois la redoutable affection ?

Qu'on nous permette une dernière remarque qui a son importance : la survie est beaucoup plus considérable dans les cancers du corps que dans les cancers du col. Sur 13 malades suivies par M. SEGOND, cinq ont été revues sans récidives après 4 mois, 6 mois, 9 mois, 4 ans et demi, 9 ans et demi.

Les résultats de M. LAUWERS sont on ne peut plus encourageants.

« Sur 12 malades, quatre seulement sont mortes de récidive, l'une quatre mois, les trois autres une année après l'opération.

« Une des opérées est morte des suites d'une chute, quatre ans après avoir subi l'hystérectomie, et sans avoir

présenté aucun symptôme de récidive. Les sept autres opérées sont encore en vie, et sauf pour l'une d'elles, que je n'ai pas revue, je puis affirmer que toutes jouissent jusqu'ici d'une santé florissante. Elles ont été opérées, l'une il y a plus de huit ans, une autre il y a cinq ans, une autre encore il y a quatre ans, trois autres il y a environ deux ans et la dernière il y a une année. »

Nous ne pouvions passer sous silence ces bons résultats de MM. Segond et Lauwers; ils nous apprennent que le pronostic du cancer du corps est moins grave que celui du cancer du col.

CHAPITRE III

Indications et Contre-Indications
Choix d'un Procédé

I. — VALEUR THÉRAPEUTIQUE DES SYMPTOMES

I. Cancer du col. — 1° Symptômes fonctionnels. — Ils n'ont qu'une valeur très relative au point de vue des indications. Leur constatation, les conditions dans lesquelles ils apparaissent permettent le diagnostic, et c'est plus de cette façon que par leurs modalités cliniques qu'ils sont utiles. Malheureusement, d'après M. Picqué, l'affection, au grand détriment des malades, prend droit de domicile d'une façon absolument insidieuse.

Douleur. — « L'élément *douleur* faisant défaut, ces femmes ne saisissent pas et ne peuvent saisir la nécessité d'une intervention médicale, elles s'abstiennent de consulter. » Bien que la douleur s'observe parfois aux premières périodes, elle n'apparaît ordinairement qu'à une période avancée et dans 1/7e des cas manque absolument. Les premières manifestations sont celles de la congestion du bassin, et la douleur est soit diffuse et vague, soit localisée au niveau de l'utérus, elle n'a pas de signification pronostique grave. Plus tard, elle est plus vive avec des caractères particuliers. Elle est fixe, tenace, avec des irradiations. Elle indique d'ordinaire la propagation du néoplasme et elle doit faire songer à l'abstention. Souvent les malades ne demandent conseil qu'à ce moment tardif de

l'évolution du mal, « elles tolèrent avec une facilité surprenante les écoulements continus et les pertes abondantes, malheureusement il est trop tard. Si l'opération est possible, elle reste inutile ; les éléments et les semences de récidive ne pouvant disparaître en totalité ».

Hémorragies. — Tant qu'un cancer du col n'est pas ulcéré, il n'y a pas de métrorragies (Gusserow, Pierre Delbet). L'hémorragie, d'après Roger Williams, manque rarement, elle est ordinairement le premier symptôme qui attire l'attention de la malade, comme il est le plus important. Elle est soudaine, souvent profuse et intermenstruelle. Si la première a été trop peu abondante pour alarmer sérieusement, une seconde plus copieuse survient bientôt qui la force à consulter. L'examen vaginal est alors de rigueur. Après la ménopause une telle hémorragie est presque pathognomonique du cancer ; avant, elle peut être précédée de ménorragies. Ces écoulements sont indépendants de toute ulcération ; pour Williams, ils relèvent de la congestion de la muqueuse et donnent un certain soulagement. Leur fréquence augmente à mesure que la maladie progresse, et dans l'intervalle il n'y a presque pas d'écoulement sanieux. A une période plus avancée, les modalités cliniques de l'hémorragie ne peuvent plus nous intéresser. Si les métrorragies ont une grande importance, c'est plutôt comme premier symptôme révélateur du cancer. Nous ne croyons pas qu'à elles seules elles puissent indiquer ou contre-indiquer l'hystérectomie vaginale. Quand le néoplasme n'est plus opérable, il y a des moyens palliatifs qui donnent de bons résultats. L'abondance des hémorragies ne permet pas non plus de prévoir une opération plus difficile et des suites déplora-

bles ; l'état plus ou moins avancé des lésions jouant toujours le rôle principal. Si l'anémie des malades n'est que sous leur dépendance, elle ne peut contre-indiquer l'ablation totale ; au contraire, le chirurgien doit se hâter de la pratiquer.

Leucorrhée. — Au début, il n'y a qu'un peu de leucorrhée, sans odeur. Plus tard elle devient trouble, rougeâtre, comme du jus de viande, âcre et fétide ; à cette période la maladie n'est plus justiciable de l'hystérectomie vaginale.

Troubles vésicaux. — Combien de fois avons-nous vu l'hystérectomie vaginale n'être que palliative à cause de l'envahissement plus ou moins prononcé de la vessie. Il serait donc utile de connaître exactement la valeur des troubles vésicaux. MM. Boissard (1), Legueu (2), Taillefer (3) se sont efforcés d'élucider ce difficile problème. D'après Taillefer il faut distinguer deux catégories de faits. « La tumeur n'a pas encore envahi la vessie et n'exerce sur elle qu'une action indirecte ; la tumeur a envahi la vessie et agit directement sur elle.

1° La tumeur n'a pas envahi la vessie. Elle peut jouer simplement un *rôle mécanique*. Une matrice hypertrophiée par une néoplasie comprime la totalité ou une partie de la vessie.

Dans un autre cas, la tumeur aura une *influence dyna-*

(1) Boissard, Thèse de Paris 1883. Troubles de la miction se rapportant aux états physiologiques et pathologiques de l'utérus.

(2) Legueu, Relations pathologiques de l'appareil génital et de l'appareil urinaire chez la femme. *Annales des mal. des org. génito-urinaires.* 1897.

(3) Taillefer, Pathogénie des troubles vésicaux observés dans le cours du cancer rectal et du cancer utérin. *Ann. des mal. des org. génito-urinaires*, 1898, p. 103.

mique et provoquera des réflexes vésicaux. Le plus fréquent d'entre eux sera la *vaso-dilatation* du système irrigateur de la vessie.

Il est banal de dire aujourd'hui, tellement c'est démontré, que la stase sanguine est incapable à elle seule de faire la cystite. Il faut un élément de plus, l'*infection*.

Chez la femme dont la vessie est presque extériorisée, la flore microbienne accomplira spontanément son mouvement d'ascension vers le réservoir urinaire.

La tumeur cancéreuse peut aussi agir sur la vessie par le seul fait de son *état infectieux*. Le torrent circulatoire charriera les poisons et même les microbes qui les ont sécrétés. Ceux-là s'arrêteront où ils trouveront un milieu favorable.

2° La tumeur a envahi la vessie. Supposons le cas où l'envahissement est encore limité au péritoine vésical, se manifestant par des adhérences plus ou moins étendues et un certain nombre de noyaux disséminés çà et là. Cette lésion pourra engendrer des réflexes de la vessie. »

On voit par cette citation l'importance des troubles vésicaux et en même temps la grande difficulté de leur interprétation.

Influence de l'âge. — Le plus grand nombre des cas s'opère de 40 à 45 ans ; mais les cinq années qui précèdent et qui suivent montrent un nombre de cas très considérable encore. Avant 35 ans, il n'y en a qu'un très petit nombre. Après 55, la fréquence diminue ; de 60 à 65, elle est la même que de 25 à 30 (3,8 pour 100, et 3,3 p. 100).

Cette influence de l'âge a été bien mise en évidence par M. Bouilly : « L'âge, dit-il, semble tenir une des pre-

mières places dans l'appréciation du pronostic thérapeutique et dans la détermination de l'intervention.

Chez les jeunes femmes avant 30 ans et dans les quelques années qui suivent cette période, les résultats thérapeutiques sont absolument mauvais, la lésion récidive d'une façon presque immédiate ou pour mieux dire semble se continuer, le bourgeonnement cancéreux se reproduit avant même la cicatrisation de la plaie opératoire: Le bénéfice est nul, aux symptômes de la lésion primitive succèdent presque sans interruption les symptômes de la lésion récidivée.

A cet âge, alors même que les conditions locales paraissent les plus favorables, la néoplasie épithéliale a une telle activité qu'elle a déjà envahi les lymphatiques des ligaments larges et les tissus péri-utérins, sans qu'aucun signe clinique puisse faire soupçonner ni reconnaître cet envahissement. Les tissus en apparence sains sur lesquels porte l'ablation sont sans doute déjà histologiquement malades. La rapidité de la récidive ne peut s'expliquer autrement. Pareille rapidité de développement et de propagation du cancer utérin s'observe au cours de la grossesse et après l'accouchement et le pronostic, en pareil cas, est tout aussi mauvais que chez les jeunes femmes.

Plus l'on s'éloigne de cette période de la vie, meilleures deviennent les chances de survie prolongée et les éléments du pronostic thérapeutique sont alors surtout fournis par les conditions favorables de la lésion, que nous avons énumérées plus haut.

Néanmoins, à partir de 60 ans, l'intervention devient et doit être exceptionnelle. Le début du cancer à cet âge

est trop latent pour que les malades viennent demander avis au moment où l'intervention chirurgicale serait possible et utile ; le plus souvent elles ne se présentent à l'examen qu'avec des lésions très avancées. On observe alors dans bon nombre de cas une forme de cancer utérin particulière à la vieillesse et remarquable par la lenteur et la bénignité de son allure ; peu de suintement, peu de saignement, peu ou pas de douleurs malgré un envahissement péri-utérin étendu, et comme signe physique une ulcération profonde à bords plats, non végétante, pénétrant plus ou moins dans la cavité utérine ; c'est la forme que j'appelle *térébrante* et quelquefois aussi *atrophiante*, présentant une certaine analogie avec quelques squirrhes du sein des vieilles femmes, à évolution torpide.

Dans ces cas, point n'est question d'intervention ; en général, elle est contre-indiquée par l'état avancé des lésions ; en outre, la lenteur de l'évolution du mal et la bénignité des symptômes n'exigent pas de traitement actif.

Chez la femme, après 60 ans, l'opération n'est imposée que dans certains cas peu fréquents d'hémorragies abondantes, de sécrétions ichoreuses fétides, d'infections septiques consécutives à la rétention et à la décomposition des produits du cancer.

L'opération ne doit être proposée qu'avec réserve et si le traitement palliatif est insuffisant, car à cet âge l'hystérectomie pour cancer est grave et présente un taux de mortalité élevé. » Ces idées si clairement exprimées par M. Bouilly, sont admises par tous les chirurgiens. Que ce Maître nous autorise à lui adresser une question ? En présence d'un cancer très limité du col évoluant chez une

jeune femme (25 à 30 ans) ou chez une vieille (60 à 65 ans et même plus) aurait-il recours à l'ablation totale? Nous le croyons, aussi il nous semble qu'on peut dire que l'âge à lui seul ne fournit jamais une contre-indication formelle à l'hystérectomie.

Cachexie. — Elle se montre rarement dans les cas opérables, le plus souvent les malades conservent un très bon état général, à peine un peu d'amaigrissement et de pertes de forces. Beatson croit qu'elle n'est pas caractéristique du cancer; quand elle existe, elle est due aux hémorragies répétées ou à l'ulcération par laquelle se fait la résorption, à la saprémie en un mot. Si celle-ci est supprimée, la cachexie est guérie. Il n'y attache donc pas une grande valeur et ne voudrait pas baser sur elle une indication chirurgicale. Après une intervention même palliative, les malades « déjaunissent », dit M. Richelot. La constatation de ce symptôme, sans contre-indiquer l'hystérectomie, n'est pas en général d'un bon pronostic éloigné; l'opération aura beaucoup de chances de n'être que palliative.

Influences discutables. — Dickinson Berry n'a trouvé que 10 p. 100 de ses malades avec une histoire pathologique utérine antérieure, ce qui est peu, étant donné la fréquence relative de la métrite. Il ne lui a pas paru que la grossesse ou les fausses couches aient une influence sur l'apparition et l'évolution du cancer. Les nullipares sembleraient un peu moins atteintes que les multipares. La ménopause n'a aucune influence sur la genèse du cancer, qu'elle soit précoce ou tardive, l'intervalle qui s'écoule entre elle et l'apparition de la maladie est des plus variables. La durée de l'affection au contraire peut se ressentir de

ses effets favorables. Pour Dickinson Berry, le cancer se montrerait chez les ascendants dans la proportion de 19 p. 100, la tuberculose dans la proportion de 27 p. 100. Même, ajoute-t-il, de très nombreux cancers de l'utérus existaient dans les antécédents héréditaires des malades.

Lésions surajoutées indépendantes des organes génitaux. — L'albuminurie est due presque toujours à une néphrite interstitielle consécutive à la compression des uretères; elle est une contre-indication formelle de l'hystérectomie. La simple diminution des principes solides de l'urine rendra le chirurgien méfiant, sans toutefois l'empêcher d'entreprendre une intervention radicale (Terrier).

L'influence du diabète, pour M. Terrier, est néfaste et contre-indique nettement l'hystérectomie. Nous avons trouvé quelques cas en désaccord avec cette affirmation, l'opération et les suites furent acceptables. Bien entendu, il faut prendre les précautions élémentaires que suit tout chirurgien quand il intervient chez un diabétique.

Les lésions des principaux organes de l'économie : foie cœur, etc., sont constantes à une période avancée de la maladie; mais à la période chirurgicale elles sont peu accusées et très difficiles à reconnaître. Quand on les diagnostique, elles peuvent commander l'abstention (Terrier).

2° Explorations indispensables. — Les signes précédents n'avaient qu'une valeur relative, ceux qui vont suivre en ont une absolue, ils sont fournis par l'examen physique et le microscope. A eux seuls, ils indiquent l'extirpation totale, il est donc de toute nécessité d'en préciser les règles.

Examen physique. — Il ne saurait être fait avec trop d'attention. Les plus précieux renseignements sont don-

nés par le toucher ; l'examen au spéculum est douloureux, fait saigner, et ne peut que confirmer les résultats du toucher.

Pour le pratiquer on va à la recherche du museau de tanche, on sent son orifice externe, on le suit sur toute sa circonférence, on introduit même son doigt dans la cavité cervicale si elle est béante, puis on passe à l'étude de la portion vaginale du col. Il faut bien se rendre compte de l'état de la muqueuse et du tissu cellulaire sous-jacent, ainsi que des indurations, des ulcérations qui doivent être délimitées avec le plus grand soin. Le doigt continuant son chemin arrive sur le dôme vaginal, il le tâte légèrement, le plisse. Il nous apprend si le cancer affleure ou envahit la muqueuse vaginale, ou si elle est indemne de néoplasie. Il n'oublie pas de rechercher si le vagin glisse sur son tissu cellulaire sous-muqueux. Pénétrant plus profondément, il s'enfonce dans les culs-de-sac pour savoir s'ils sont libres dans toute leur étendue. Il explore surtout le cul-de-sac antérieur parce que c'est là que débute l'infiltration, et les culs-de-sac latéraux pour juger de l'intégrité ou de l'entreprise des ligaments larges. Le palper bi-manuel ne doit pas être négligé, parce qu'il complète les renseignements. Il nous donne le volume de l'utérus, et surtout le degré de mobilité de l'organe. Cette mobilité est très importante à constater, parce que son absence à part de rares exceptions contre-indique l'hystérectomie, elle doit être recherchée dans tous les sens, et même sous le chloroforme. « Dans les cas douteux, dit Hofmeier, nous avons pris l'habitude de pratiquer une exploration soigneuse par le rectum, la malade étant sous le chloroforme, pour mieux juger de l'état du tissu

conjonctif pelvien. On reconnaît ainsi beaucoup mieux que par le vagin le degré de mobilité de la matrice et le degré de résistance des ligaments sacro-utérins et de la base des ligaments larges. »

Nous ne pensons pas que l'endoscopie vésicale (Pryor), le cathétérisme des uretères (Kelly) puissent être utiles. Quand leurs renseignements seront positifs, les malades ne seront plus opérables par la voie vaginale.

Jusqu'à plus ample informé, dit M. Cogrel (1), nous estimons que l'hystéroscopie n'a qu'une valeur fort restreinte dans le diagnostic des tumeurs utérines, la vue n'apporte que des renseignements inférieurs à ceux fournis par le toucher.

Rarement il sera nécessaire de pratiquer le toucher intra-utérin dans les cancers du col.

Examen microscopique pré-opératoire. — S'il ne suffit pas toujours à trancher la question dans les cas douteux, il n'en est pas moins vrai qu'il est souvent affirmatif et conduit à un diagnostic exact. Sur 200 spécimens de fragments obtenus par la curette ou émis spontanément et de nature douteuse examinés par Targett (2), les lésions malignes figuraient dans la proportion de 32 p. 100. M. J. Vitrac (3) nous apprend qu'un cas de tuberculose végétante du col utérin simulait à tel point le cancer qu'on n'accepta ce diagnostic qu'après examen histologique. D'ailleurs, il y a de nombreux exemples où les erreurs furent dissipées de cette façon. Le plus souvent l'examen

(1) Cogrel, L'hystéroscopie, thèse de Paris, 1896-1897.

(2) Targett, Examens microscopiques de curettages utérins. *Soc. Huntérienne*, 20 nov. 97. *Brit. Méd. J.*, 11 déc. 1897. *Sem. Gyn.* 1898.

(3) Vitrac, Tuberculose végétante du col utérin simulant le cancer *Arch. de Méd. exp. et d'anat. patho.*, n° 2, mars 1898.

portera sur des fragments suspects qui auront été retirés par un curage explorateur, quelquefois on enlèvera un coin douteux de tissu utérin. Plusieurs auteurs, en particulier Knowley Thornton(1), font remarquer que ces manœuvres doivent être suivies à bref délai d'une opération, car on ouvre ainsi les lymphatiques et on favorise l'extension à distance du néoplasme.

II. **Cancer du corps.** — Nous serons bref sur ce sujet, parce que nous voulons éviter des répétitions. Pourtant le nombre toujours croissant de cancers du corps nous oblige à signaler leurs particularités. Que M. Doyen ait trouvé un nombre de cancers du corps sensiblement égal à ceux du col et même supérieur, ce n'est pas le fait habituel, croyons-nous. M. Jacobs ne constate que 13 cancers du corps sur 54 cancers de l'utérus opérés, et M. Segond 25 sur 95. On voit par ces quelques chiffres, qui n'ont aucune prétention, que les cancers du corps ne sont plus négligeables. Il y aurait donc grande utilité à en préciser les indications, puisqu'ils sont aujourd'hui les plus accessibles aux interventions chirurgicales avec un pronostic des plus favorables. Mais leur diagnostic, à la période opérable, est plein de difficultés. « Celui qui, d'après Lauwers (2), pour se prononcer sur la nature cancéreuse d'une affection du corps de la matrice, attendrait l'arrivée des symptômes qu'on attribue communément à ce genre d'affections, — utérus volumineux, pertes fétides, coliques paroxystiques, teint jaunâtre, etc., — s'expo-

(1) Knowley Thornton, Diag. précoce du cancer de l'utérus et son traitement. *Brit. Méd. J.*, 2 février 1896.

(2) Lauwers, Du cancer du corps de l'utérus. *Bull. de la Soc. Belge de gyn. et d'obst.*, 19 fév. 1898.

serait à ne trouver que des cancers inopérables et encourrait la plus grave responsabilité. De tous les symptômes qu'on attribue communément au cancer du corps, il n'en est pas un — à part la métrorragie — qui n'ait fait défaut dans l'une ou l'autre de mes observations.

La métrorragie, survenant inopinément chez une femme qui a dépassé la ménopause, constitue un symptôme d'une importance capitale : et si, à l'inspection, on n'en trouve pas la cause dans une dégénérescence maligne du col, l'idée d'un cancer du corps doit se présenter immédiatement à l'esprit du gynécologue.

Les pertes fétides n'ont pas, à beaucoup près, la même valeur séméiologique : car elles peuvent faire complètement défaut, même dans des cas relativement avancés, et elles s'observent aussi dans les endométrites atrophiantes des femmes âgées.

L'augmentation de volume du corps de l'utérus s'observe souvent, mais pas toujours : je l'ai vue faire défaut trois fois sur douze cas.

Dans la plupart de mes observations, le col était légèrement entr'ouvert ».

Qu'on nous permette d'attirer l'attention sur un signe que nous avons constaté deux fois et qui a son importance, c'est un ramollissement excessif du col, semblable à celui qu'on trouve dans la grossesse. Chez d'autres malades, rien ne fait présumer l'existence d'un cancer, et c'est seulement le toucher intra-utérin et l'examen microscopique de fragments de tissu, enlevés par la curette, qui font aboutir au diagnostic. « Or, c'est dans ces cas, dit Lauwers, que la guérison paraît devoir être radicale. L'importance, tant de fois constatée et tant de fois con-

testée de l'examen microscopique se trouve ainsi mise une fois de plus en lumière. »

Pour en finir avec les signes physiques nous en rappellerons deux qui dérivent du curettage, parce qu'ils éveillent l'idée de cancer. Ils ont été signalés par beaucoup d'auteurs, c'est d'abord le peu de résistance à la curette, on ne peut pas avoir le cri utérin, puis le volume des fragments enlevés.

II. — INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS CLASSÉES SUIVANT CERTAINS TYPES

I. Cancer du col. — « Dans la plupart des cas, dit M. Bouilly, les lésions sont arrivées à une période si avancée que l'intervention n'est plus possible ou qu'elle est pratiquée dans les conditions les plus mauvaises pour la réussite immédiate et pour une survie prolongée. Par une incurie fâcheuse et aussi, faut-il bien le reconnaître, grâce à la prolongation de traitements décevants institués par des médecins ignorants ou rebelles à l'idée d'une opération, ces malades se présentent le plus souvent à nos consultations à une période où leur mal est à la limite ou au-dessus de nos ressources chirurgicales. » On ne diagnostique donc jamais trop tôt le cancer de l'utérus, mais le plus souvent à un stade trop avancé ; c'est ce qui nous a obligé de traiter si longuement de la valeur thérapeutique des symptômes fonctionnels et des signes physiques. Et parfois encore, même après l'examen le plus minutieux, on se demande si l'on doit tenter l'extirpation par la voie vaginale.

Les contre-indications permettant de déblayer le ter-

rain et étant plus faciles à poser, nous allons commencer par elles.

1° CONTRE-INDICATIONS. — *A. Cas inopérables.* — Quand le cancer s'est transporté au loin et a frappé des tissus qui ne sont pas sous la dépendance immédiate de la sphère utérine, il ne vient à l'esprit de personne de pratiquer l'hystérectomie vaginale. L'abstention devient la meilleure règle de conduite à suivre :

1° Dans les généralisations viscérales et les métastases ganglionaires lointaines, complications rares.

2° Dans l'envahissement du péritoine par le néoplasme. Sur 264 cas, GUSSEROW ne signale que 18 fois la propagation à la séreuse. Quand le cancer se dirige du côté du péritoine, il se forme des adhérences préservatrices.

3° Dans les lésions avancées du rein, du foie, du cœur, etc.

L'albuminurie surtout constitue une contre-indication, parce qu'elle est due presque toujours à une néphrite interstitielle consécutive à la compression des uretères.

4° Dans l'envahissement nettement constaté de la vessie et du rectum.

5° Dans l'envahissement très étendu du paramètre, des ligaments larges et du vagin par le cancer.

6° Dans l'envahissement des ganglions pelviens devenus accessibles au palper bi-manuel.

B. Cas discutables. — Il est bien difficile de prendre une détermination quand les ligaments larges sont légèrement épaissis, quand le vagin est à peine capitonné, quand la mobilité utérine est un peu diminuée. Quelques chirurgiens pensent même que cet épaississement modéré peut être de nature inflammatoire (HOFMEIER, LE DEN-

tu). Voici comment M. Bouilly apprécie ces cas discutables : « Que les culs-de-sac soient entrepris en un point, que le vagin soit déjà un peu touché, que la base d'un ligament large soit déjà envahie et l'opération est d'avance frappée de stérilité. Ce sont *ces cas limites* qui donnent les plus mauvais résultats, alors qu'en apparence les conditions paraissent excellentes. Malheureusement ce sont les cas que nous sommes appelés à soigner et à opérer le plus souvent. » Il n'y a qu'à se reporter aux hystérectomies vaginales appliquées à ces cas limites pour voir que les résultats de M. Segond concordent avec ceux de M. Bouilly, ils furent toujours lamentables. Ce furent ; soit des opérations difficiles, soit des complications post-opératoires, soit des opérations incomplètes ou d'apparence complètes, soit des récidives dans le cours de la première année, voilà le bilan. On comprend maintenant que nous ne puissions pas accepter l'hystérectomie vaginale dans ces conditions ; elle nous paraît bien inférieure aux traitements palliatifs. On pourra cathétériser les uretères, enlever quelques lambeaux de tissu cellulaire pelvien, réséquer le vagin, l'hystérectomie vaginale ne peut dépasser les limites du mal ; nous l'avons vu par les résultats. La sphère celluleuse et lymphatique a trop de prolongements et de recoins pourqu'ils soient accessibles par la voie sous-pubienne.

C. Cas d'apparence opérables. — Malheureusement il arrive encore assez souvent que l'examen autorise le chirurgien à pratiquer l'hystérectomie vaginale. En procédant à son exécution, il s'aperçoit que les parties avoisinant l'utérus sont envahies par le cancer et il ne peut ou ne veut pas enlever tout le néoplasme à cause des

dangers qu'il ferait courir à ses malades sans augmenter leurs chances de survie. D'ordinaire c'est la vessie qui est touchée au niveau du cul-de-sac antérieur, quelquefois la partie inférieure des ligaments larges. Les observations nous ont déjà appris que les cancéreuses de cette catégorie fournissent des complications opératoires et post-opératoires gênantes (fistules vésico-vaginales persistantes) et des résultats éloignés à peu près semblables aux précédents. Il faudrait donc, pour nous, ne pas recourir à l'ablation totale ; mais aussitôt qu'on constate cet envahissement néoplasique, il faudrait limiter son opération, tâcher de ne pas ouvrir la cavité péritonéale et s'en tenir aux opérations palliatives. Si le cul-de-sac postérieur a été ouvert et la base des ligaments larges sectionnée, les pinces maîtresses des utérines resteront en place, et la cavité de Douglas sera refermée avec des ligatures ou des pinces.

« A la suite d'un cancer primitif du col, dit M. le Pr. Duplay (1), l'envahissement secondaire, d'ailleurs très fréquent, du corps de l'utérus constitue, à mon avis, une contre-indication, parce que en pareil cas il est à peu près constant de voir cet envahissement coïncider avec une propagation cancéreuse au système lymphatique et au tissu cellulaire du petit bassin. » Les observations (2, 60, 64, 75, 82) de M. Segond sont venues confirmer l'idée de M. Duplay. Les hystérectomies furent incomplètes, puisque, chez ses cinq malades, M. Segond fut forcé de laisser des tissus envahis. On peut objecter que la propagation du cancer du col au corps n'est sou-

(1) Duplay, Cliniques de l'Hôtel-Dieu, 1897, p. 258.

vent constatée qu'au cours de l'opération et parfois à un moment où le mieux est de procéder à l'ablation totale. C'est possible, mais souvent aussi le toucher intra-utérin aura révélé cette complication dès le début de l'intervention. En règle générale nous croyons qu'il vaut toujours mieux laisser ce qu'on peut de coque utérine et qu'il faut la suturer aux parois vaginales. Nous essayerons de démontrer plus tard que cette conduite est préférable aux hystérectomies incomplètes.

D. Lésions surajoutées. — Des lésions indépendantes du cancer peuvent contre-indiquer l'hystérectomie vaginale (kystes, tumeurs de l'ovaire, fibrômes, etc.). Quand ces lésions sont minimes, elles passent inaperçues et le cancer commande en maître ; quand elles sont importantes, elles attirent toute l'attention et le néoplasme est souvent oublié, ce qui le plus souvent n'est pas un grand malheur, parce qu'on s'en est tenu aux indications de la maladie apparente et que ces indications sont d'ordinaire celles qu'on devait suivre. En général, c'est par leur volume que ces complications contre-indiqueraient la voie sous-pubienne. Si nous voulions entrer dans le détail de chaque cas, nous serions entraînés hors des limites que nous nous sommes fixées, et cela sans grand profit. Nous dirons seulement qu'il vaut mieux abandonner de parti pris la voie vaginale toutes les fois qu'on présumera des difficultés inhérentes aux lésions surajoutées.

2° Indications. — *A. Cancers au début.* — Quelque minime que soit la lésion : une simple ulcération au niveau de l'orifice du col, ou bien un ou plusieurs noyaux qui soulèvent la muqueuse à la surface externe, ou bien encore une induration avec érosion dans la cavité du col,

l'hystérectomie vaginale est toujours indiquée. Le seul écueil à redouter, c'est de ne pas diagnostiquer le néoplasme. Aussi nous empressons-nous de rapporter un signe que M. LAROYENNE (1) considère comme très sûr et qu'il appelle le signe de l'ongle. — Suivant l'auteur, « il peut à lui seul établir le diagnostic de cancer du col au début. Chaque fois que, dans un col, plus ou moins gros, présentant autour de son orifice une surface rouge, granuleuse ou ulcéreuse, l'ongle de l'index pourra y pénétrer et ramener de l'épithélium, le cancer sera *certain.* Si l'ongle ne pénètre pas, pas de cancer. Dans certaines métrites, on pourra amener, par ce léger traumatisme, une hémorragie, mais l'ongle ne ramènera jamais de fragments épithéliaux. Ce n'est pas un signe à dédaigner et qui peut aider et même suffire à affirmer le diagnostic ».

Ce sont ces cas qui donnent en général les meilleurs résultats, pourtant il entre en ligne de compte des facteurs que nous avons déjà signalés et qui jouent aussi un rôle d'une certaine importance, l'âge par exemple.

B. Cancers limités. — Le cancer est bien limité à l'une ou aux deux lèvres du col, sans destruction avancée de cet organe, la voûte vaginale a gardé sa profondeur et sa souplesse, le vagin, les culs-de-sac, les ligaments larges sont indemnes de tout soupçon, la mobilité de l'utérus est parfaite. Ces cancers limités au museau de tanche et à sa cavité sont ceux qu'on doit opérer, leur nombre augmente chaque jour parce qu'ils sont aujourd'hui mieux diagnostiqués. Les statistiques d'hystérectomies vaginales

(1) LAROYENNE, Signe certain de cancer du col utérin au début, *Province médicale,* nº 16, 1898.

pour avoir une valeur réelle ne devraient porter que sur cette catégorie de malades.

C. Formes. — Elles peuvent être classées suivant les lésions et suivant le siège du néoplasme. Suivant les lésions, nous aurons soit la forme ulcéreuse ou destructive, soit la forme bourgeonnante ou exubérante ; suivant le siège, nous aurons des cancers de la portion vaginale et des cancers de la cavité cervicale.

1° *Forme ulcéreuse ou destructive.* — M. Richelot (1) lui a consacré quelques lignes que nous devons reproduire : « Je n'ai pas toujours su, dit-il, ce qu'on pouvait faire de ces cols à moitié détruits par l'ulcération, profondément excavés, amincis, encore un peu saillants et mobiles, avec des culs-de-sac peu profonds, mais paraissant avoir conservé leur souplesse. On peut les saisir doucement, les morceler s'ils se déchirent, les côtoyer sans blesser la vessie et venir à bout de l'hystérectomie totale ; mais dans presque tous les cas la propagation est certaine, bien qu'un examen attentif des ligaments larges ne l'ait pas révélée. Je sais maintenant qu'avec de pareils cols on peut avoir des surprises et que le plus souvent l'hystérectomie est impuissante ; mais encore fallait-il l'avoir observé. » Quand la lésion est arrivée à ce degré, le début de l'intervention nous apprend d'ordinaire qu'on ne peut dépasser les limites du mal, et que par conséquent on ne doit pas recourir à l'opération radicale, mais aux opérations palliatives. Pourtant un certain nombre de fois l'ulcération répond au type décrit par M. Richelot, et durant tout le temps de l'hystérectomie, le chirurgien se rend

(1) Richelot, De l'hystérectomie vaginale. Paris, 1894, p. 9.

bien compte qu'il a toujours dépassé le cancer, et ses résultats confirment plus tard la valeur réelle de son opération. Dans la forme ulcéreuse ayant détruit en partie le col, il y a donc deux variétés, l'une qui ne réclame qu'un traitement palliatif et l'autre au contraire un traitement radical. Leur classement ne peut être fait que sous le bistouri au début de l'hystérectomie.

2° *Forme bourgeonnante ou exubérante.* — Elle répond au champignon classique plus ou moins volumineux qu'il sera bon de détruire avant de poser des indications fermes. Son pronostic même éloigné paraît meilleur que celui de la forme précédente; elle a fourni de longues survies dans les statistiques d'ablation totale.

Presque tous les auteurs sont de l'avis que les cancers de la portion vaginale sont beaucoup plus dangereux que les intra-cervicaux, à cause des résultats qu'ils ont obtenus après leurs extirpations et à cause aussi des différences dans la propagation et dans la rapidité d'extension du néoplasme.

II. Cancer du Corps.— 1° Indications.— Nous n'osons pas encore dire qu'il faut toujours opérer les cancers du corps, et que la discussion ne peut porter que sur la voie à suivre. Certainement nous admettons les contre-indications générales que nous avons signalées pour le col, elles s'appliquent tout aussi bien au corps et nous n'avons pas à y revenir. Nous voulons seulement essayer de démontrer que l'opération radicale est presque toujours indiquée; et quelques lignes sur la durée probable de l'affection jetteront plus de clarté qu'une recherche nécessaire, mais difficile et discutable, de l'état avancé des lésions. Fixer le début du cancer du corps comporte quelques inexacti-

tudes, pourtant un certain nombre de malades fournissent des renseignements précis sur l'apparition des premiers symptômes, qui sont d'autant plus remarqués que ces femmes ont eu leur ménopause depuis quelques années. C'est sur ce temps écoulé entre les premiers troubles et le moment où elles sont examinées que nous voulons appeler l'attention. Il n'est pas rare de trouver dans les observations des périodes de 2 ans (obs. 8, 40, 43, 58, 59 63, 93), de plus d'un an (obs. 50 et 55), de huit à onze mois (obs. 11, 20, 22, 70, 83). Malgré toutes les causes d'erreur possible, comment interpréterons-nous ces faits quand nous penserons aux bons résultats éloignés fournis par les hystérectomies? Avec beaucoup de chirurgiens, nous dirons qu'il nous semble que la période opérable du cancer du corps est longue, ce néoplasme n'ayant pas de tendance à diffuser au dehors. Si le diagnostic ne peut pas être fait au début, il n'y a que demi-mal, parce que la cure radicale sera encore possible quand des éléments plus précis auront permis de songer au cancer.

2° Contre-indications. — Si l'hystérectomie vaginale est l'opération de choix, si de nombreux auteurs lui doivent leurs meilleurs résultats, elle comporte pourtant quelques contre-indications qui sont sous la dépendance de l'état de l'utérus : *a*) ramollissement du col ; *b*) volume du corps.

A. Ramollissement du col. — Dans des cas peu nombreux, il est vrai, le col est atteint d'un ramollissement semblable à celui qu'on constate vers la fin de la grossesse, c'est une contre-indication formelle à la voie sous-pubienne (obs. 93 et 98). Qu'on tente l'hystérectomie vaginale, les pinces placées sur le col l'effritent, le détruisent en entier; arrivant sur le corps malade, elles continuent le même

travail inutile et dangereux. Pas une prise solide n'a été faite, l'utérus est béant et déchiqueté, les doigts seuls peuvent réaliser un abaissement difficile. Que de peines encore pour placer des clamps dans cette bouillie, peut-on dire s'ils dépassent les limites du néoplasme ? Qu'on lise l'observation 93 pour s'édifier sur les ennuis que ce ramollissement du col entraîne. On doit se considérer comme très heureux, s'il n'arrive pas que les pinces des ligaments larges dérapent parce qu'elles sont mises sur de mauvais tissus, ou si des hémorragies abondantes n'obscurcissent pas le champ opératoire. En résumé l'intervention est plus souvent pleine de dangers, et mauvaise à tous points de vue. Qu'on ait recours à la voie abdominale et l'opération redevient simple (obs. 98).

B. Volume de l'utérus. — Le morcellement est nécessaire dans le cancer du corps, et permet d'enlever des utérus très volumineux. Quand il est simple, il ne présente aucun danger, quand il est complexe, les causes d'infection et d'inoculation pour le péritoine et les surfaces cruentées voisines se multiplient ; l'opération est devenue plus difficile et plus grave. Aussi croyons-nous qu'un utérus qui atteint le volume du poing rentre dans cette catégorie de faits où l'hystérectomie vaginale doit être abandonnée pour la voie haute qui ne présente pas ces difficultés et ces dangers.

III. Cancer dans la grossesse. — 1° INDICATIONS. — Hésitant entre des opinions contradictoires, nous ne pouvions mieux faire que de recourir aux Maîtres qui avaient l'expérience de ces cas embarrassants. C'était la seule manière de donner quelque valeur à nos conclusions ; aussi avons-nous emprunté les lignes qui vont suivre à

une savante et belle leçon de M. le P[r] Pinard (1). Le problème se pose ainsi : quelle est la conduite à tenir en présence d'une femme enceinte ayant un cancer utérin? « Pendant la grossesse, dit le P[r] Pinard, il y a lieu de tenir compte de l'âge de celle-ci. Vous savez en effet que l'ablation totale de l'utérus par hystérectomie vaginale a donné et donne, ailleurs et ici, des résultats merveilleux ; vous savez avec quelle audace et aussi avec quelle sécurité, les chirurgiens la pratiquent à l'heure actuelle. Mais il n'en est aucun qui ne considère, comme une limite absolue à l'intervention par la voie vaginale, toute tumeur remontant au-dessus de l'ombilic. Or, j'estime que cette loi est applicable à la question de l'intervention sur l'utérus cancéreux gravide. Lorsque l'utérus a dépassé dans son développement l'ombilic, on ne doit pas pratiquer l'hystérectomie vaginale. »

Pour le cancer du corps, nous avions fixé des limites bien inférieures à celles indiquées par M. le P[r] Pinard pour la grossesse, mais nous comprenons que ces deux cas ne peuvent être comparés, et nous nous rallions à la parole autorisée du savant professeur.

2° Contre-indications. — « Lorsque l'utérus a dépassé dans son développement l'ombilic, ajoute M. Pinard, on ne doit pas pratiquer l'hystérectomie, — elle est contre-indiquée par cette élévation de la matrice. Ne pourrait-on

(1) Pinard, Clinique obstétricale, 1899, p. 119.

Remarque : Tout ce qui a trait à la question du cancer de l'utérus pendant la grossesse et l'accouchement est emprunté à la leçon de M. le P[r] Pinard. Cette intéressante question, à elle seule, aurait bien demandé une année d'études et de longs développements. N'ayant pu réaliser ces desiderata, nous ne pouvions mieux faire que de nous rallier aux conclusions si claires et si précises de M. le P[r] Pinard.

pas obvier à cet inconvénient en provoquant l'avortement et en pratiquant dans les semaines qui suivent l'hystérectomie vaginale après involution utérine ? »

« Cette manière de faire est défendue par M. Pozzi, je ne puis l'accepter. Il faut avoir vu les désastres que peut provoquer toute intervention chirurgicale sur l'utérus, pendant la période puerpérale, pour apprécier tous les dangers d'une telle conduite. Il faut attendre au moins trois mois après l'accouchement, pour se permettre une opération sur l'utérus, si l'on veut attendre son involution complète et parfaite. Or, attendre trois mois quand il s'agit d'un cancer, voyez ce que peut avoir gagné en étendue le néoplasme pendant cette période, surtout après le coup de fouet que peuvent avoir donné au développement de la tumeur et les manœuvres de la provocation de l'avortement et l'avortement lui-même. » Aussi M. le Pr Pinard rejette l'hystérectomie vaginale quand l'utérus gravide cancéreux a dépassé l'ombilic. « Elle n'offre pas, dit-il, assez de bénéfices à la mère pour compenser le sacrifice de l'enfant ; surtout si l'on considère que, dans des cas envisagés comme des succès, la mort s'est produite à des époques très rapprochées de l'intervention, dans les jours et les semaines qui ont suivi l'opération. » Il est préférable d'attendre « que la grossesse évolue jusqu'à terme ou près du terme, puisque dans les deux tiers des cas le fœtus ne succombe pas avant sa viabilité ». La voie sous-pubienne ne pouvant plus être suivie, nous verrons aux hystérectomies abdominales ce qui peut être tenté.

IV. Cancer après l'accouchement et pendant la lactation. — « La même gravité se retrouve, dit M. Bouilly, peut-être encore aggravée chez les femmes dont le cancer a

évolué en même temps qu'une grossesse et dont l'opération est faite peu de temps après l'accouchement,ou chez celles qui sont nourrices. Les chances de récidive rapide se trouvent créées à la fois par l'âge ordinairement jeune des sujets et aggravées en même temps par les conditions spéciales à la grossesse, à l'accouchement et à la lactation.

Aussi est-on autorisé à se demander, en présence de ces tristes résultats, s'il est vraiment indiqué d'opérer par l'hystérectomie vaginale les cancers utérins chez les femmes qui viennent d'accoucher ou nourrissent. La réponse ne saurait être formulée d'une façon générale et la prescription opératoire ne saurait être absolue. Le chirurgien peut avoir la main forcée par l'abondance des hémorragies fréquentes en pareil cas, et si le cancer est en-encore bien limité et que l'ablation ait des chances de porter sur des tissus sains,au moins en apparence.l'hystérectomie peut être pratiquée comme traitement palliatif, avec la certitude d'une récidive rapide,prévue et annoncée.

En dehors de cette circonstance presque d'urgence, on ne devra se résoudre à l'opération que si elle paraît très simple,très facile et absolument exempte de dangers. Dans les conditions inverses, il est illicite de faire courir un risque quelconque à une malade pour un résultat thérapeutique à coup sûr nul. »

III. — CHOIX D'UN PROCÉDÉ

L'étude des résultats et des indications nous permet d'indiquer maintenant quel est pour nous notre procédé de choix. Bien entendu dans les cas faciles tous les procédés peuvent être applicables, et le meilleur est celui

que le chirurgien a l'habitude de pratiquer parce qu'il en connaît toutes les ressources. Pourtant il est nécessaire de les soumettre à des lois générales qui sont imposées par le cancer, et donnent une marche spéciale à l'hystérectomie. M. HENROTAY insiste sur ce point : « mon intervention, dit-il, a pour guide une considération primordiale déjà mise en avant par MACKENRODT, à savoir : *éviter l'inoculation opératoire.* Aux anciens critériums de l'intervention radicale dans le carcinôme du col, j'en ajoute un nouveau : *la possibilité de pouvoir isoler l'ulcération du champ opératoire.*

La technique que j'applique aux cas appropriés est la suivante :

Râclage soigné et profond de l'ulcération à la curette tranchante ; cautérisation large du fond et des bords au Paquelin.

L'ulcération est ensuite refermée sur elle-même, en rapprochant le bord antérieur du bord postérieur et en appliquant tout le long de cette sorte de fente une série de pinces à griffes qui resteront à demeure jusqu'à la fin de l'intervention.

Par surcroît de précaution, les lèvres de la fente fermée seront encore cautérisées entre les mors des pinces. Ceci étant terminé, le vagin est largement irrigué et les culs-de-sac soigneusement débarrassés des fragments de bourgeons ou des caillots qui pourraient s'y trouver.

Les valves, rétracteurs, ayant servi dans le premier temps de l'opération, sont lavés avec soin ou mieux stérilisés à nouveau. Les curettes auront été tenues à l'écart des autres instruments. L'opérateur et son aide se relaveront les mains comme si elles avaient été infectées.

Le second temps comprend l'hystérectomie proprement dite, au cours de laquelle on évitera absolument toute hémisection ou morcellement. Les trompes, les ovaires des deux côtés seront enlevés avec l'utérus et toutes les sections se feront au thermo-cautère. Je termine par la fermeture du vagin par un ou deux points de catgut; la désinsertion du col au Paquelin n'ayant aucune influence sur la réunion *per primam* de la voûte vaginale. »

Nous avons longuement insisté sur ces précautions à prendre pour éviter les inoculations, pour isoler le champ opératoire, mais nous ne croyons pas que M. Henrotay soit dans le vrai en conservant un col envahi durant toute son opération. De plus l'hystérectomie en bloc comme il la recommande n'est pas toujours possible, et le morcellement est un précieux auxiliaire qu'il faut appeler à l'aide dans bien des cas. On prévoit donc, d'après ce que nous avons déjà dit, que le procédé de notre Maître Segond est celui qui va fixer notre choix. Il est applicable à tous les cas sans exceptions, aux plus simples comme aux plus difficiles. Il présente pour le cancer de gros avantages que nous allons rappeler :

1° Par l'hémostase préventive des utérines, il empêche les tranches vaginales de saigner.

2° Par la section de la partie inférieure du ligament large, il rend l'abaissement facile.

3° Par l'amputation du col, il débarrasse le champ opératoire d'une masse qui offre des dangers d'inoculation et d'infection.

4° Par le morcellement, quand il est nécessaire, il permet l'extraction de l'utérus.

Nous n'avons pu retrouver dans les autres procédés un

faisceau aussi complet d'avantages, parfois même ils présentaient quelques inconvénients. Aussi on doit comprendre que notre choix se soit arrêté sur celui de M. Segond ; on dirait que ce procédé a été créé en vue du cancer.

DEUXIÈME PARTIE

HYSTÉRECTOMIES ABDOMINALES TOTALES

CHAPITRE I[er]

Opérations

« Les tristes résultats curatifs, écrit M. Jacobs, donnés par l'hystérectomie vaginale dans le traitement du cancer utérin, résultats observés par la généralité des chirurgiens, laissent le champ largement ouvert à toute tentative nouvelle ayant pour but la cure radicale de cette triste affection ; si tant est que nous puissions conserver l'espoir d'arriver à cette cure par la chirurgie. Cittadini et Rouffart préconisent la voie haute de préférence à la voie vaginale dans les cas de cancer du col opérables, c'est-à-dire dans les cas présentant les conditions requises et admises pour tenter l'opération avec chance de succès. J'avais à différentes reprises choisi la voie haute dans des cas de l'espèce, mais les résultats malheureux obtenus (récidives rapides, décès post-opératoires) me faisaient considérer l'opération abdominale comme l'intervention d'exception. Depuis, de parti pris, j'ai choisi la voie haute et sur 9 interventions j'ai obtenu 9 guérisons opératoires. Un des cas est décédé 3 semaines après l'opération, à la suite de pneumonie double. »

Ces réflexions de M. Jacobs en juillet 1897 résumaient l'état d'esprit de beaucoup de chirurgiens qui avaient fondé de trop grandes espérances sur l'hystérectomie vaginale. De ces revers, plus vivace et plus audacieuse, renaissait l'hystérectomie abdominale arrivée à un haut degré de perfection. Ses partisans de plus en plus nombreux la défendaient par leurs opérations et essayaient de montrer que sa conception était la plus logique ; enfin elle parut vouloir éclipser sa rivale victorieuse : l'hystérectomie vaginale. Des mises à l'ordre du jour dans les congrès, des communications aux sociétés savantes, des publications tant étrangères que nationales, vinrent montrer l'importance que tout le monde attachait à l'étude de cette question. Nous avons suivi pas à pas les promoteurs de ce mouvement, nous avons lu leurs observations et examiné leurs résultats. Notre but n'est pas de rapporter tout ce qu'ils ont écrit avec leurs faits à l'appui, ce serait peut-être faire trop tôt un travail d'ensemble.

Nous voulons seulement, préciser dans ce chaos de procédés opératoires ceux qui nous paraissent les meilleurs et voir d'après les résultats les indications que l'hystérectomie abdominale peut comporter. Les observations de M. Segond ont été les seules citées en entier dans notre troisième partie, celles des autres chirurgiens ont été constamment sous nos yeux ; elles nous ont été très utiles et les indications bibliographiques que nous donnerons permettront de les retrouver si on le juge nécessaire. Elles appartiennent à MM. Terrier, Jacobs, Henrotay, Rouffart, Reynier, J.-L. Faure, Mauclaire, Duret (de Lille), Lauwers, Delagénière (du Mans), Montprofit, Jonnesco ; elles dépassent le chiffre de cinquante.

Nos conclusions, peut-être prématurées, sont basées sur ces documents.

Soins préliminaires. — Plus encore que dans l'hystérectomie vaginale, le chirurgien devra apporter toute son attention aux soins préliminaires. Ils seront appliqués suivant les principes que nous avons indiqués plus haut, nous n'avons pas à les répéter. Quant aux pansements antiseptiques et aux toilettes qui doivent précéder l'opération, ce sont les mêmes que ceux qui sont préconisés pour toute extirpation totale de l'utérus par la voie abdominale.

Instrumentation. — Dans l'hystérectomie abdominale pour cancer, l'instrumentation est la même que celle qu'on emploie pour l'ablation de toute tumeur en général.

C'est un des avantages de la voie haute, pourtant il ne faudrait pas croire qu'il faille réduire l'outillage au minimum; on pourrait se trouver pris au dépourvu dans le cours d'une intervention, s'il se produisait une complication telle qu'une blessure de l'intestin, de l'uretère et de la vessie. Aussi doit-on avoir en réserve tout ce qu'il faut, pour faire de fines sutures, et au besoin même pour pratiquer le cathétérisme de l'uretère. De grosses difficultés opératoires se sont présentées aux hardis novateurs qui essayèrent d'enlever des cancers considérés comme inopérables. Alors l'instrumentation dans ces cas donnés devait être complexe pour parer aux éventualités les plus graves. Ajoutons que la plupart des chirurgiens qui choisissent la voie haute n'opèrent pas de tels malades et que leur matériel est à peu près le même que celui qui sert aux fibrômes. Signalons une précaution qu'il ne faut pas négliger de prendre ; c'est d'avoir un petit pla-

teau pour placer les instruments qui touchent au cancer. Ce plateau contiendra 6 pinces à forcipressure, 2 pinces à traction à deux dents, 1 paire de ciseaux, 1 bistouri ; il disparaîtra avec le néoplasme.

I. — TECHNIQUE

« En 1878, Freund, satisfaisant aux desiderata fournis par l'hystérectomie vaginale au début, proposa une nouvelle méthode qui, pour la première fois, plaça sur une base réellement scientifique cette opération qui jusqu'ici n'avait guère été employée que d'une manière brutale et empirique. L'opération de Freund est devenue le point de départ de nombreux travàux écrits au point de vue du traitement chirurgical du cancer de l'utérus ; et le mérite de Freund ne se trouve en aucune façon diminué, bien qu'un certain nombre des indications sur lesquelles il appuyait son opération aient été écartées par l'expérience et bien que, dans la plupart des cas, on accorde aujourd'hui la préférence à d'autres méthodes (1). » Cette appréciation de l'opération de Freund par Hégar et Kaltenbach ne pouvait mieux être placée qu'au commencement de ce chapitre; puisque Freund fut le véritable promoteur de l'hystérectomie abdominale pour cancer.

Si des insuccès très nombreux parurent condamner cette opération dès le début, l'idée créatrice n'en avait pas moins été jetée. Pour qu'on en comprît la grande valeur, il fallut attendre les perfectionnements de l'époque actuelle. Aussi pensons-nous que l'opération de Freund doit avoir la place d'honneur dans une technique opéra-

(1) Hegar et Kaltenbach, Traité de gynécologie opératoire. Traduction française, p. 326.

toire, puisque toutes les autres méthodes n'en sont que des dérivés.

Opération de Freund (1)

En voici les différents temps.

Position donnée à l'opérée. — Le bassin et les membres inférieurs sont placés plus haut que la partie supérieure du tronc. L'angle que forme le plan du détroit supérieur avec la colonne vertébrale est, par suite, augmenté et on peut voir plus aisément dans la cavité pelvienne, parce que la masse intestinale descend dans la partie supérieure de l'abdomen.

Cœliotomie. — Longue incision abdominale, depuis l'ombilic jusqu'au pubis. Fixation provisoire du péritoine dans l'angle inférieur de la plaie.

Si les anses intestinales restent dans le bassin, on sectionne transversalement les muscles droits, au-dessus de leurs insertions pubiennes. On enveloppe les intestins dans des serviettes chaudes et on les fait sortir du ventre.

Extériorisation de l'utérus. — Le corps est soulevé soit à l'aide d'un fil qu'on passe en plein tissu, soit avec une pince à polypes munie d'une fenêtre.

Ligature des ligaments larges. — On pose trois ligatures sur chaque ligament large.

Pour lier le côté droit, l'utérus est d'abord tiré en haut et à gauche.

Se servant alors d'une aiguille munie d'un long fil double, on traverse le ligament large en commençant par la face postérieure, puis en passant à travers le ligament de

(1) Hegar et Kaltenbach, Traité de gynécologie opératoire. Traduction française, pp. 327-331, et Pichevin, *Semaine gynécologique*, 1898, page 171.

l'ovaire; une extrémité du fil est ramenée par la trompe, tandis que l'autre vient embrasser le ligament rond.

On agit de même pour le côté gauche, mais alors on a soin de diriger l'utérus en haut et à droite.

On serre fortement de chaque côté les extrémités des deux fils, extrémités qui sont fort longues et sont attirées au dehors par un assistant.

Pour placer les deux fils les plus inférieurs, fils qui doivent embrasser les artères utérines, on se sert d'une longue aiguille trocart. Cet instrument est composé d'une aiguille qui peut être poussée en avant, et qui, abandonnée à elle-même, se reporte en arrière, et est alors recouverte de tous les côtés par la canule. L'instrument est poussé (la lame cachée) vers le cul-de-sac du vagin, dans la direction du bord antérieur du ligament large (s'il n'y a pas d'œdème, la piqûre doit être située à un travers de doigt environ de la portion vaginale). Lorsque, par les mouvements d'élévation et de translation en avant et en arrière que l'on imprime à l'utérus, on a bien reconnu la situation de cet organe, on perfore la partie antérieure de la cavité péritonéale ; on facilite l'opération en plaçant un bouchon au point qui doit être perforé, bouchon sur lequel vient se fixer le trocart. L'aiguille est alors enfilée, puis retirée. Pour savoir le point exact où il faut ponctionner le bord postérieur du ligament large, on devra, par le palper bi-manuel, reconnaître la situation de l'artère utérine. Enfin, le fil sera noué soigneusement et serré autant que possible. Freund a noté une grande résistance en voulant serrer le nœud ; et, souvent l'artère utérine, malgré le fil qui passait au-dessous d'elle, donnait du sang avec plus ou moins de force après l'excision de l'utérus.

Formation de deux lambeaux péritonéaux. — On pratique sur la face antérieure de l'utérus une incision courbe située à 2 centimètres au-dessus de la vessie et se prolongeant vers les ligaments larges.

Même incision sur la face postérieure de la matrice, mais située plus bas, à 2 ou 3 centimètres au-dessus du point de réflexion de la séreuse.

En avant, et ensuite en arrière, on dissèque deux lambeaux péritonéaux avec le manche du bistouri, et avec le doigt et on pénètre jusqu'aux culs-de-sac vaginaux, reconnaissables à leur coloration jaune rougeâtre.

On place des fils sur ces deux lambeaux.

Section de la paroi vaginale. — On coupe la paroi vaginale et on agrandit la boutonnière à l'aide des doigts qui pénètrent de haut en bas, de l'abdomen vers le vagin.

On atteint ainsi l'orifice de la matrice et on attire en haut, vers le bassin, la portion vaginale, que l'on isole graduellement des adhérences qu'elle présente avec le vagin.

En soulevant l'utérus, on facilite manifestement la dissection du tissu cellulaire et on évite plus aisément la section des ligatures inférieures qu'on a devant les yeux. Si les petits vaisseaux sectionnés donnent du sang, ce qui, à ce temps de l'opération, n'est pas sans présenter de grands inconvénients, on doit tordre le col de l'utérus de manière à faire cesser complètement ou presque complètement l'hémorragie.

Inversion des ligaments larges dans le vagin. — Les six anses de fil qui embrassent les ligaments larges sont passées de l'abdomen dans le vagin par la boutonnière vaginale. Une traction est exercée sur ces fils, plus sur les

supérieurs que sur les inférieurs. Le ligament large se trouve ainsi renversé du côté du vagin.

En outre, les anses de fils posées sur les lambeaux péritonéaux antérieurs et postérieurs servent à suturer le péritoine et à fermer complètement le cœlome.

Freund insiste sur l'inversion des ligaments larges qu'il regarde comme un temps très important de son opération. Elle produit entre la vessie et le rectum la formation d'un noyau qui remplace l'utérus.

Suture de la paroi abdominale. — Après avoir fait la toilette du péritoine par la plaie hypogastrique, on ferme l'abdomen.

L'hystérectomie abdominale telle que la pratiquait Freund a subi bien des modifications qui peuvent être rangées suivant trois méthodes :

1° Méthode vagino-abdominale ;
2° — abdomino-vaginale ;
3° — abdominale pure.

Chaque méthode comprend un nombre respectable de procédés et vouloir les énumérer tous serait avoir trop de prétention, d'autant plus qu'ils n'ont pas toujours été appliqués à la thérapeutique du cancer. Beaucoup même ont été créés seulement en vue de l'ablation de fibrômes ou de salpingites ; nous ne pouvons les passer sous silence, parce que certains chirurgiens seraient tentés de s'en servir dans les cas qui nous occupent. Pourtant de ces multiples procédés nous ne retiendrons que les particularités utiles au cancer, nous ne rechercherons pas leur énumération complète (1).

(1) Delagénière (du Mans), Chirurgie de l'utérus, 1898, ouvrage très complet qui fournit tous les renseignements désirables sur ce sujet.

I. — Méthode vagino-abdominale

Ce fut Bardenheuer, en 1881, qui fit naître cette méthode en apportant trois modifications à l'opération de Freund.

Procédé de Bardenheuer. — 1° Il commençait par pratiquer une incision vaginale autour de l'utérus. Si le carcinôme s'étendait au loin sur la paroi de l'organe, il circonscrivait la partie malade. En général son incision remontait plus haut en arrière qu'en avant ;

2° Il abandonna les ligatures en masse pour lier séparément chaque vaisseau ;

3° Il pratiqua le drainage vaginal. Un drain en T est introduit par le vagin jusqu'à la partie la plus élevée de l'excavation, et plusieurs autres drains sont placés dans le petit bassin.

Procédé de Reynier. — Le procédé que M. Reynier a appliqué à huit cas de cancer de l'utérus se rapproche beaucoup de celui de Bardenheuer quand on en a distrait les modifications que la technique actuelle nécessite.

Procédé de Boldt. — Boldt à l'incision circulaire du col ajouta le décollement de la vessie en avant aussi haut que possible sans grands efforts, l'ouverture du cul-de-sac postérieur, et l'hémostase de la base des ligaments larges.

Procédé de Rouffart. — Rouffart rejette les ligatures et place des pinces aussi haut que possible pour assurer par le vagin l'hémostase de la partie inférieure des ligaments larges.

Procédé de Routier. — M. Routier réalise l'hémostase de chaque ligament large par l'abdomen au moyen d'un

lien élastique poussé du cul-de-sac postérieur dans l'antérieur serré et fixé au moyen d'une soie. Il renverse ensuite dans le vagin les deux liens élastiques.

Ancien procédé de Jacobs (1). — Les manœuvres vaginales sont semblables à celles du procédé de Rouffart, sauf que Jacobs fait l'incision vaginale au thermo-cautère. Les manœuvres abdominales sont à peu près identiques. Jacobs fait l'hémostase de l'étage supérieur avec de longues pinces hémostatiques qui vont à la rencontre des pinces vaginales. Après l'exérèse de la tumeur, on remplace les pinces supérieures ou abdominales par de longues pinces introduites par le vagin. (Jacobs a fait construire des pinces qui peuvent être posées par l'abdomen et enlevées par le vagin.)

Procédé de Chaput (2). — Sa caractéristique réside dans l'ablation de la partie inférieure de la tumeur par le vagin.

Procédé de Delagénière (du Mans) (3). — Son temps vaginal ressemble beaucoup à celui de M. Chaput ; comme lui, il ampute le col. Auparavant, pour se tenir à distance du néoplasme, il avait disséqué une collerette vaginale située à deux centimètres au moins au-dessous du museau de tanche.

En résumé, ce qui nous intéresse pour le cancer, c'est de voir les auteurs arriver progressivement dans leur temps vaginal, à l'isolement d'une collerette vaginale, à l'hémostase de la partie inférieure du ligament large et

(1) Jacobs, *XI[e] Cong. intern. de méd. de Rome*, 1894.
(2) Chaput, *Bull. de la Soc. gyn. et obs.*, 1893.
(3) Delagénière, Chirurgie de l'utérus, 1898.

à l'amputation du col (Procédé de DELAGÉNIÈRE). Quant au temps abdominal, il a subi bien des variétés qui ne peuvent nous arrêter tout de suite.

II. — MÉTHODE ABDOMINO-VAGINALE

Ces opérations furent préconisées en France par PÉAN (1); en Allemagne par A. MARTIN. Mais c'est à PÉAN que revient l'honneur d'avoir réglé l'opération.

Procédé de Péan.— Premier temps.—Après avoir incisé la paroi abdominale la tumeur est attirée au dehors avec le gros trocart courbe à manche de PÉAN. Si elle est unique, on place à sa base, près du col, un lien élastique, solidement maintenu par une pince. Si elle comprend plusieurs lobes, chacun d'eux est étreint à sa base par un lien élastique, et une autre ligature mise près du col utérin. Ablation de toute la partie de la tumeur située au-dessus du lien.

Le pédicule est transfixé avec un fil métallique monté sur une forte aiguille courbe. L'anse est coupée et chaque moitié est liée avec soin. Les fils sont tordus et cassés à 1 centim. du pédicule. Si un fil double ne suffit pas, on peut en employer un plus grand nombre. Le lien élastique est ensuite retiré.

La surface de section est lavée avec des éponges trempées dans une solution de sublimé au millième. On peut encore rôtir la muqueuse utérine au thermo-cautère.

Puis la paroi abdominale est fermée complètement

(1) LE MONIET, Hystérectomie abdominale totale et hystérectomie abdominale pour fibrôme de l'utérus. Thèse Paris 1894. — RAMON, Thèse Paris 1893. — PÉAN. *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 7 juin 1892, et *Gaz. des Hôpitaux*, 1895, n° 91.

dans les trois quarts supérieurs ; dans le quart inférieur, les fils ne sont pas liés, de façon à pouvoir ouvrir le ventre sans retard, s'il se produisait une hémorragie pendant le deuxième temps.

Pansement provisoire de la plaie abdominale.

Deuxième temps. — Ablation du pédicule par la voie vaginale. Comme toujours, la malade est placée dans la position de Sims, et le pédicule est enlevé, avec ou sans morcellement, suivant son volume, et d'après la technique partout décrite de l'hystérectomie vaginale, procédé de Péan : les ligaments larges sont pincés de haut en bas, si le pédicule a pu basculer ; de bas en haut, s'il a fallu recourir au morcellement.

Ancien procédé de Martin. — Cœliotomie. Une ligature élastique est placée le plus près possible du col. On enlève toute la partie de la tumeur située au-dessus du lien constricteur. Au-dessous de la ligature élastique, on place deux forts fils de soie qui traversent le moignon et qui l'étreignent. Lorsque les fils ont été serrés, on enlève le lien en caoutchouc.

Martin fait alors une incision autour du col. Il pose des *ligatures* sur la partie inférieure des ligaments larges, et décolle la vessie en avant et le rectum en arrière. Quand l'hémostase est parfaite, il enlève, par la voie vaginale, le moignon de la tumeur.

Les autres procédés qui répondent à cette méthode ont été abandonnés par les auteurs eux-mêmes, nous pouvons donc nous contenter de signaler seulement leurs particularités. Dans son ancien procédé M. Richelot plaçait par le vagin à droite et à gauche une grande pince qui réalisait l'hémostase de tout un ligament large, il vérifiait la

prise par l'ouverture abdominale. M. Lanphiar suivait à peu près le même procédé. M. Doyen (ancien procédé) mettait aussi des pinces par le vagin, en plus il incisait sur une pince le cul-de-sac postérieur et désinsérait le col de ses attaches vaginales.

Le procédé de M. Le Bec différait des autres par le passage des fils. Introduire la pince vaginale de bas en haut dans la cavité abdominale à travers l'ouverture du cul-de-sac postérieur. Saisir l'extrémité d'un long fil de soie forte, l'attirer de haut en bas dans le vagin pendant que l'autre bout est maintenu dans l'abdomen. Repasser la même pince de bas en haut, tenant toujours le fil, par l'ouverture du cul-de-sac antérieur de façon à ramener dans la cavité abdominale l'extrémité du fil dont l'anse comprend alors les vaisseaux utérins. La manœuvre est la même pour le côté droit ou pour le côté gauche.

III. — Méthode abdominale (*Procédé Américain*)

Effrayé par le nombre toujours croissant des procédés d'hystérectomie abdominale totale, nous n'avons pas osé pénétrer dans le détail de chacun d'eux. Notre sujet aurait peut-être gagné en étendue, mais il aurait certainement perdu en clarté. Nous en sommes resté au procédé que nous avions vu exécuter par notre Maître Segond, le *procédé américain*. Bien que ce soit le seul que nous exposions en son entier, nous n'oublierons pas dans la discussion les autres procédés auxquels les chirurgiens ont eu recours. La technique ne peut pas tout absorber, et pour nous elle n'a d'utilité que par les résultats et indications qu'elle fournit.

Procédé américain. — (*Description de* M. Segond) (1). — « Mettre la malade en position renversée, se placer à sa droite, inciser la paroi abdominale, se porter d'emblée sur le bord supérieur du ligament large gauche, en dehors des annexes.

L'aileron supérieur du ligament large ainsi découvert, lier l'artère utéro-ovarienne en dehors des annexes, la saisir du côté de l'utérus avec une pince hémostatique quelconque, la couper entre la ligature et la pince, puis sectionner tout l'aileron correspondant. — Traiter de même l'artère du ligament rond, et couper toute la hauteur du ligament large de haut en bas, jusqu'à l'artère utérine. Bien reconnaître celle-ci, et comme les feuillets du ligament large flottent librement, comme il n'y a, nulle part, de grosse pince étreignant les tissus et masquant les rapports, cette recherche est simple. — L'artère, une fois libérée, la lier en dehors, la pincer du côté de l'utérus et la couper entre le fil et la pince. — Poursuivre le décollement au-dessous de l'utérine et au ras de l'utérus, puis, d'un coup de ciseaux, pénétrer directement dans le vagin, sans le secours d'aucun instrument faisant bomber le cul-de-sac vaginal correspondant, et sans autre guide que la perception digitale du col, au travers des parties molles. Comme le dit Richelot, les ciseaux coupent l'insertion vaginale, quand ils la rencontrent. »

Si cette manière de pénétrer dans le vagin peut convenir aux cancers du corps, elle est insuffisante dans les cancers du col. Qu'on nous permette d'attirer l'attention sur quelques petites particularités. Tout d'abord un aide doit

(1) Segond, Communication à la Soc. de Chir. (26 juillet 1897). — *Presse médicale,* 7 août 1897.

exercer quelques tractions sur l'utérus de façon à l'énucléer du bassin et à rendre plus facile l'accès au côté latéral gauche du vagin. Le chirurgien avec les plus grandes précautions sépare du vagin envahi tous les tissus sains, d'abord latéralement à gauche, puis en avant et enfin en arrière. Cette manœuvre est périlleuse à cause des rapports de l'uretère, en plus elle présente toujours des difficultés à cause des adhérences cellulaires très marquées à ce niveau. Son but est de permettre l'ablation de toute la paroi vaginale envahie. Aussi faut-il éviter de crever le vagin d'un coup de ciseaux ; des instruments mousses, les ongles, serviront mieux à cette besogne de décortication. Elle est terminée, d'ordinaire, quand on a 2, 3, 4 centimètres de paroi ; alors le conduit bourré par la gaze iodoformée apparaît comme un doigt de gant qu'on aurait soufflé. Il tient encore du côté droit, malgré les tentatives de décollement. La mèche vaginale est retirée, et un clamp est placé sur le vagin presque transversalement au-dessous des parties indurées. Grâce à ce clamp, on a isolé le cancer du col puisque le vagin est obturé, et on s'est ménagé un instrument de traction pour terminer rapidement l'opération. Les ciseaux sectionnent transversalement le vagin au-dessous du clamp ; du côté droit, cette section est achevée avec quelques précautions, et des pinces de Kocher assurent l'hémostase des tranches en même temps qu'elles constituent de bons points de repère. Bien entendu un lambeau péritonéal s'est taillé de lui-même dès les premières manœuvres de décollement latéral antérieur et postérieur.

Les temps se sont succédé dans l'ordre suivant : décortication du vagin, sa prise, son oblitération par un clamp,

sa section au-dessous des parties envahies, ses tranches saines restant repérées. Alors le chirurgien saisit le clamp qui fait corps avec la masse cancéreuse, il l'attire à lui par une bascule latérale droite.

La paroi vaginale est sectionnée dans les points où elle tient encore, et le côté droit du vagin est séparé de ses connexions avec les tissus voisins. Enfin, on continue à tirer en haut et à droite, jusqu'à la découverte de l'artère utérine correspondante, on la pince, on sectionne le ligament large droit de bas en haut avec pincement successif de l'artère du ligament rond et de l'utéro-ovarienne. « Dans cette dernière partie de l'opération, la mise à nu de l'utérine par arrachement vers le haut est d'une surprenante facilité. » En effet après libération des attaches péri-vaginales et péri-cervicales, la masse cancéreuse est arrachée par quelques tractions qui libèrent le ligament large droit, en le retournant.

« Pour achever l'ablation, dit M. Segond, il suffit de renverser de son côté la masse utéro-ovarienne et de la libérer en sectionnant le ligament large de bas en haut. »

Le travail d'extirpation est fini en tant qu'ablation de tumeur ; pourtant il faut se souvenir que le cancer peut avoir retenti sur la sphère environnante. Mettant à profit cette mise à nu du bassin, on fait une exploration très soigneuse non seulement des parois latérales de l'excavation, mais encore des fosses iliaques et des régions lombaires. On se conforme ensuite aux préceptes préconisés surtout par MM. Jacobs, Rouffart, etc.; on enlève les ganglions dégénérés s'il y en a, on cure le bassin de son tissu cellulaire, on en fait l'évidement, dit M. Jacobs.

« Enfin, dit M. Segond (1), il faut, pour terminer, para-

(1) Segond, *loco citato*.

chever l'hémostase, supprimer les surfaces cruentées par un surjet péritonéal, et assurer le drainage avec une mèche de gaze aseptique ou antiseptique placée dans le vagin.

Je n'insiste pas sur les deux dernières manœuvres, qui sont de pratique courante ; mais je souligne, d'une manière très particulière, la nécessité urgente de *bien soigner l'hémostase*, et, soit dit en passant, il faut s'attendre à ce que le temps nécessaire pour cela soit plus long, soit même beaucoup plus long que les quinze ou vingt minutes généralement exigées par l'hystérectomie elle-même. Quand on ne laisse pas, à la manière de Kelly, une rondelle de col, il est en effet très rare que les six ligatures maîtresses suffisent. Nombre de petites artères donnent au-dessous du moignon des utérines, ou sur la tranche vaginale, et, pour éviter les complications hémorragiques, il faut apporter une attention très particulière, soit à la ligature des artérioles qu'on peut saisir isolément, soit au surjet très solide qu'il convient de placer sur la collerette vaginale pour y tarir tout écoulement sanguin et la suturer au péritoine voisin. Comme fil, j'emploie de préférence de la soie fine et solide. La perfection de l'hémostase me paraît, de la sorte, mieux assurée que par des ligatures au catgut, et la sécurité qu'on en retire compense les petits ennuis que donne parfois l'élimination ultérieure de quelques-uns des fils. »

Autres procédés. — Jugeant que la simple énumération des procédés serait fastidieuse et sans utilité, nous avons essayé de les grouper, très arbitrairement il est vrai, suivant leur mode d'exécution. Toute hystérectomie abdominale comprend plusieurs temps ; dans le premier, le chirurgien sectionne les ligaments larges pour libérer

l'utérus, qui finit par ne plus tenir que par le vagin; dans le deuxième temps, il désinsère le vagin, seul obstacle à l'ablation de la matrice.

Cette marche n'est pas absolument régulière, ainsi le procédé de Doyen fait ce que nous avons dit, mais en sens contraire.

Le plus habituellement les ligaments larges sont sectionnés l'un après l'autre de haut en bas, c'est ainsi que procèdent Polk, Baldy, A. Martin, Delagénière, Terrier, Hartmann, Ricard, Delbet, Poirier, Jacobs, Jonnesco, Montprofit, Gouilloud. Dans le procédé américain un seul ligament large est coupé, le gauche habituellement; le droit se déroulera de lui-même par arrachement, à la fin de l'opération.

La pénétration dans le vagin est aidée le plus souvent par une pince repère enfoncée dans un cul-de-sac. MM. Doyen, Martin, Hartmann, Terrier attaquent le vagin par le cul-de-sac postérieur, MM. Poirier, Jonnesco, Baldy par le cul-de-sac antérieur, MM. Schwartz, Ricard, Jacobs, Delbet par les culs-de-sac antérieur et postérieur simultanément, M. Segond (procédé américain) par le cul-de-sac latéral. Quand nous aurons ajouté le procédé de M. J.-L. Faure, qui consiste dans la section médiane de haut en bas de l'utérus, nous en aurons fini avec les procédés d'hystérectomie abdominale totale. Nous ne parlerons pas de la fermeture ou du drainage de la plaie vaginale. Pour nous, c'est l'opération qui les commande et les préférences individuelles doivent toujours céder le pas. Quant au pansement et aux soins consécutifs, ils sont appliqués suivant les mêmes principes que dans toute hystérectomie.

1. **Particularités opératoires.**— L'opération ne présente pas toujours les difficultés que nous venons de décrire, l'évidement du bassin étant discutable quand il n'y a pas de retentissement ganglionnaire et les manœuvres vaginales étant limitées quand l'intervention est faite pour un néoplasme du corps ou un cancer du col au début. Ces opérations, d'exécution plus facile, ont été jusqu'ici rarement entreprises, parce que l'hystérectomie abdominale totale a été dirigée de préférence contre des cancers qui avaient envahi les ganglions, le paramètre, les ligaments larges et le vagin. Il nous faut donc revenir sur ces points capitaux de l'extirpation totale, l'évidement du bassin et les résections vaginales.

A. — Évidement du bassin. — L'évidement du bassin fut préconisé et défendu surtout par les chirurgiens belges, en particulier par MM. Rouffart (1) et Jacobs (2). « La laparotomie, dit ce dernier, nous a démontré que les ganglions pelviens ne peuvent être que très rarement diagnostiqués. Or pas plus dans le bassin que dans d'autres régions, le chirurgien ne peut espérer la cure du cancer, s'il doit borner son opération à l'ablation du néoplasme et abandonner dans l'organisme des chaînes de ganglions entrepris. M. Rouffart, en étudiant les causes de récidive, ajoutait : « Ces néoplasmes, poussant irrégulièrement des prolongements dans les tissus, demandent, pour être enle-

(1) Rouffart, Du choix de l'intervention dans le cancer utérin, *Journal médical*, 1897, n° 48, p. 590, et *Semaine gynécologique*, 1897, p. 12. — Intervention abdominale dans le cancer utérin. *Bull. de la Soc. belge de gyn. et d'obst.* 1898.

(2) Jacobs, La voie abdominale dans le cancer utérin. *Bull. de la Soc. belge de gyn. et d'obst.*, 1897, p. 131.

— Ablation génitale abdominale dans le cancer utérin. *Bull. de la Soc. belge*, 1898, p. 160.

vés, une opération moins aveugle que l'hystérectomie vaginale. Avec l'opération faite par la voie haute, on peut poursuivre ces prolongements, enlever les tissus malades et ainsi retarder l'heure de la récidive. Le but du chirurgien est d'enlever toute la néoplasie, et il n'a rien fait tant qu'il reste du tissu cancéreux. Ce qui est vrai pour le cancer du sein est également la vérité pour l'utérus; et il est énorme l'avantage d'un manuel opératoire qui permet de suivre les prolongements d'une tumeur mal limitée comparée à une intervention qui se contente d'enlever les tissus les plus entrepris sans permettre de voir si, au-delà de la partie enlevée, il n'y a pas d'autres formations néoplasiques. » KELLY, partageant les mêmes idées, reconnaissait que le cancer de l'utérus réclamait une dissection tellement étendue que la laparotomie était le seul procédé capable d'en venir à bout.

L'exécution de cet évidement difficile peut se diviser en deux parties : 1° l'extirpation des ganglions; 2° la dissection du tissu cellulaire. Dans la pratique, cette division n'existe pas; on enlève les ganglions et le tissu cellulaire en même temps, c'est pour être plus clair que nous avons eu recours à ce subterfuge.

1° *Extirpation des ganglions.* — L'ablation de l'utérus ayant ouvert les feuillets des ligaments larges qui n'existent plus qu'à leur origine sur les parois de l'excavation, on explore soigneusement le pelvis. Dans plus de la moitié des cas publiés, on a trouvé des ganglions cancéreux; ils sont d'ordinaire volumineux, atteignant assez souvent la grosseur d'un œuf de poule. Ils peuvent être isolés ou bien réunis en une masse unique, quelquefois ils se présentent au nombre de quatre à six, comme

une chaîne de petits grains du volume d'un pois. Le plus souvent ils sont situés sur les vaisseaux iliaques, à leur bifurcation, de rares fois ils accompagnent l'artère utérine le long des parois du bassin, on ne les signale pas dans les feuillets ligamentaires enlevés par l'hystérectomie. Habituellement ils occupent la partie supérieure des ligaments larges, à cheval sur la bifurcation des iliaques qu'ils englobent dans leur masse; ils adhèrent tellement intimement aux vaisseaux que la plupart des chirurgiens préfèrent les laisser : les tentatives d'extirpation seraient peut-être incomplètes, mais la blessure des artères serait certaine. Malheureusement cet état avancé de la dégénérescence ganglionnaire n'est reconnu trop fréquemment qu'après l'ouverture du ventre, et ce sont les observations de MM. Jacobs, Rouffart, Segond (obs. 97), J.-L. Faure, Mauclaire, qui nous ont édifié à cet égard. Nous n'avons pas trouvé de renseignements sur la possibilité de l'envahissement des ganglions lombaires. M. Segond les a recherchés quatre fois, il ne les a pas sentis.

Ce serait se mettre en tête une idée fausse que de croire que les ganglions sont toujours entrepris dans les cancers avancés.

Il n'en est rien, dans un bon tiers des cas, ils n'existent pas; M. Terrier ne les signale pas, M. Segond a constaté leur absence quatre fois sur cinq. En général plus la lésion est ancienne et diffuse, plus les chances de retentissement sur la sphère ganglionnaire sont grandes, et plus leur extirpation devient difficile. Si ces ganglions sont de minime grosseur, ils peuvent être énucléés facilement ; s'ils sont volumineux et adhérents, MM. Jacobs et Rouffart pensaient qu'il est prudent d'éviter toute tentative d'abla-

tion, vu leurs rapports intimes avec les vaisseaux iliaques.

2° *Dissection du tissu cellulaire.* — L'évidement du bassin suit les mêmes règles que le curage de l'aisselle pour cancer du sein ; ganglions et tissus cellulaires sont enlevés en même temps. Aussi ne serions-nous pas revenu sur ce sujet, si nous n'avions eu quelques particularités à signaler. Dans les débuts de l'hystérectomie abdominale, cet évidement du bassin ne fut pratiqué que dans les cas où il s'imposait, plus tard il devint la loi générale, et fut appliqué systématiquement sans exceptions à tous les néoplasmes; on ne faisait que continuer la comparaison des cancers du sein et de l'utérus. Si cette conception théorique semblait parfaite, son passage dans la pratique présentait de gros écueils. Cette poursuite des prolongements du cancer était pleine de périls à cause des rapports viscéraux importants. L'uretère en particulier s'offrait continuellement au bistouri, sa section ou sa blessure étaient à redouter : ou il fallait laisser les fusées néoplasiques qui accompagnaient ce conduit, et s'en tenir à une opération incomplète, ou il fallait procéder à une dissection laborieuse de tout le tissu cellulaire envahi pour avoir l'espérance d'une ablation totale. Kelly, pour faciliter ces manœuvres, avait recommandé le cathétérisme préalable des uretères. Pawlick avait fait quelques essais dans le même but pour l'hystérectomie vaginale. Pryor, dans ses ablations totales, n'oublia pas ces conseils, et mit à profit le cathétérisme des uretères. Aujourd'hui un certain nombre de chirurgiens pensent qu'il faut adopter cette conduite. Suivant eux, l'hystérectomie abdominale pour cancer doit être accompagnée de ce cathétérisme des uretères, ce serait la seule manière de faire une opé-

ration complète, tout en évitant la blessure de ces conduits. Cette pratique très rationnelle est loin d'être suivie par la majorité des auteurs. Dans les observations on trouve peu de renseignements sur la situation et les rapports de l'uretère, soit qu'ils ne furent pas rencontrés, soit qu'ils furent réclinés avec facilité. Trois fois ils furent disséqués sur une plus ou moins grande étendue, une fois par M. QUÉNU (1), deux fois par M. REYNIER (2). Toujours cette dénudation des canaux, au milieu des masses néoplasiques, fut très laborieuse. En résumé, nous pouvons dire que si le cathétérisme des uretères n'est pas toujours indispensable, puisque la dissection de ce conduit a été réalisée sans cette manœuvre, il est souvent utile par la facilité et la sécurité qu'il apporte avec lui.

Dans le dernier temps de la méthode américaine, nous avons insisté sur la facilité surprenante avec laquelle le ligament large du côté droit est enlevé; elle tient à son détachement de bas en haut. De cette façon, une sorte de clivage se produit dans le tissu cellulaire, les vaisseaux et l'uretère sont disséqués d'un coup par arrachement. Notre maître, M. J.-L. FAURE (3), mettant à profit les avantages de la libération ligamentaire de bas en haut, en arriva à un procédé d'hystérectomie abdominale qu'il apprécie ainsi : « Au lieu d'aborder la masse à extirper par sa périphérie, qui constitue la zone dangereuse, on l'aborde directement par son centre où l'on ne risque rien et où la

(1) QUÉNU, Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie, 1898.

(2) REYNIER, Congrès de chirurgie. Paris, 1898, et *Semaine gynécologique*, 1888. Hystérectomie abdominale totale pour cancer utérin.

(3) J.-L. FAURE, Sur un nouveau procédé d'hystérectomie abdominale totale, la section médiane. *Presse Médicale*, 19 oct. 1897. *Congrès de chirurgie*, Paris, 1898. — *Progrès médical*, 1899, p. 56.

voie est toujours libre. Coupée en deux, elle s'ouvre comme un fruit mûr, et ses deux moitiés, libérées de leurs attaches inférieures, se renversent et s'inclinent avec une facilité remarquable. » L'auteur employa trois fois son procédé dans le cancer de l'utérus.

Procédé de J.-L. Faure. — « Avec de forts ciseaux droits, dit M. Faure, *on sectionne l'utérus sur la ligne médiane, du fond vers le col.* De cette façon on évite les hémorragies. L'utérus est ainsi partagé en deux moitiés, et le vagin se trouve tout naturellement ouvert en avant et en arrière sur la ligne médiane. Les tranches utérines sont saisies de chaque côté par une nouvelle pince, deux au besoin. Une bonne pince est alors amarrée de chaque côté sur le col, et on commence à extirper une des moitiés utérines avec les annexes qui lui sont fixées, en commençant par le côté qui semblera le plus favorable. Quand on a le choix, je crois qu'il vaut mieux s'attaquer d'abord au côté droit. Le moignon cervical de ce côté étant fortement attiré en haut, on sent une bride résistante qui limite son ascension. C'est la moitié droite de la paroi vaginale qui s'insère en ce point sur le col et le retient dans la profondeur. Un coup de ciseaux sur cette bride résistante, au ras du col, et celui-ci se laisse immédiatement attirer vers le haut. Désormais il n'y a pas d'autre difficulté que la présence de l'artère utérine, mais rien n'est plus simple que de la couper, en la pinçant avant ou après sa section. L'insertion vaginale et l'artère utérine étant sectionnées, toutes les parties à enlever se décollent, se déroulent, avec une facilité surprenante. Dans ces conditions, la masse à enlever ne tient plus que par le ligament rond qu'on a pu parfois couper un peu plus tôt, et par le pédi-

cule des vaisseaux utéro-ovariens, que l'on coupe directement ou après l'avoir étreint avec une pince ou simplement avec les doigts.

« L'opération du second côté est au moins aussi facile. »

Ce procédé fut surtout créé en vue de l'extirpation d'annexites adhérentes, nous l'avons rappelé à cet endroit parce que l'un de ses avantages consistait dans l'évidement naturel du bassin ; nous reviendrons plus tard sur l'appréciation de sa valeur thérapeutique dans le cancer.

B. — Résections vaginales. — Nous avons appris, dans la première partie de ce travail, que les résections étendues de parois vaginales étaient difficiles à exécuter par la voie sous-pubienne, et qu'elles étaient abandonnées par la majeure partie des chirurgiens. Par l'hystérectomie abdominale, au contraire, le vagin devient plus accessible et tous les auteurs qui ont ouvert le ventre de leurs malades s'accordent pour affirmer la possibilité d'une ablation large des parois vaginales envahies. Il ne faudrait pas en induire que ces résections soient faciles et exemptes d'ennuis ; la présence de l'urétère, les adhérences des tissus entre eux créent des obstacles au décollement, les hémorragies, abondantes pendant les manœuvres et après les sections vaginales, sont encore d'autres causes de gêne qui viennent s'ajouter toujours à l'extirpation. Nous ne reviendrons pas sur le manuel opératoire que nous avons déjà décrit, nous dirons seulement qu'il est avantageux d'enlever le vagin et l'utérus en un seul bloc. Ce n'est pas toujours possible quand le vagin est rendu friable par l'extension du cancer ; il se rompt, s'arrache sous l'influence des tractions, et on se voit forcé de remettre à la fin de l'opération les résections qu'on aurait désiré pratiquer tout d'abord.

2. **Tentatives de cure radicale dans les cancers considérés comme inopérables.** — Ces tentatives ont été faites pour guérir des cancers avancés, elles ont toujours nécessité de grandes mutilations. Leur gravité immédiate a été très sérieuse et leur valeur thérapeutique malheureusement trop discutable. Malgré leurs désavantages, nous ne pouvions les passer sous silence, parce qu'elles nous fournissaient des renseignements pleins d'intérêt. CITTADINI (1) les expose ainsi :

« Que dans l'extirpation d'un fibromyome, dit-il, la question de l'hémostase préventive soit assez accessoire et puisse être employée ou négligée suivant l'opérateur, la chose se conçoit ; il s'agit là d'une ou plusieurs tumeurs bien limitées, nettement différenciées des tissus voisins, offrant prise à des manœuvres de traction, d'isolement, de pédiculisation, de morcellement réglé sans que ces manœuvres comportent de réels dangers d'hémorragie diffuse ou d'inoculation des tissus sains. Il en est tout autrement dans le carcinome : l'inconsistance du tissu morbide, sa diffusion incohérente dans les tissus limitrophes, sa tendance à incorporer dans sa gangue et à s'assimiler tous les tissus, nerfs, vaisseaux, canaux excréteurs de glandes, parois viscérales, en font une tumeur d'attaque difficile, essentiellement atypique et variable, suivant les cas, de laquelle il importe tout d'abord de détourner l'afflux sanguin par ligature préalable de ses artères, de façon à voir ce que l'on fait en travaillant autant que possible à blanc, chaque manœuvre de décortication, excision,

(1) CITTADINI (Bruxelles), Convient-il d'intervenir par cœliotomie abdominale dans l'hystérectomie pour cancer du col. (*Bull. de la Soc. belg. de gyn. et d'obst.*, n° 5, 1897).

curage étant voulue et dirigée extemporanément en tel ou tel sens, au fur et à mesure de la constatation des lésions, et rien dans cette recherche et cette élimination du tissu morbide ne devant être laissé au hasard de l'extirpation en bloc par délimitation spontanée. Ligature des utérines en dehors des uretères (Howard, Kelly), ligature de la branche antérieure de l'iliaque interne (Polk), ligature des deux iliaques internes (Pryor), telles sont les précautions d'hémostase préventive que commandera l'extension du traumatisme. »

Cette dernière ligature serait pour Pryor le premier temps opératoire dans tous les cas de cancer cervical propagé aux ganglions pelviens, dans bien des cas dits inopérables et dans toutes les récidives après hystérectomie. On arriverait ainsi à pratiquer l'opération sans hémorragie. Car, à part les ganglions du mésorectum nourris par la mésentérique inférieure, les ganglions pelviens dégénérés sont tous tributaires de l'iliaque interne. L'auteur voit aussi dans cette hémostase un moyen d'arrêter le développement des tissus dont l'ablation est impossible, et rappelle que Maisonneuve, Janus, Wood et d'autres chirurgiens ont déjà constaté la diminution des tumeurs malignes après la ligature de leurs vaisseaux afférents. Dans le cas où elle a été appliquée pour d'autres indications (Dennis, en 1880, double anévrisme des fessières ; Kelly, pour arrêter une hémorragie pelvienne incoercible au cours d'une hystérectomie ; Von Bergmann, Koenig, Bier, Welly, pour intervention sur la prostate), elle n'a jamais produit la nécrose des tissus tributaires. Il faut toutefois remarquer qu'en cas de résection vésicale, elle rend la réunion impossible, d'où le précepte, si faire

se peut, de n'inciser la paroi que jusqu'à la muqueuse. Mais la question se pose alors de savoir si l'on peut aborder des tumeurs à ce point propagées et, s'autorisant de l'extirpation de la vessie, de celle du rectum pour carcinome primitif de ces organes, dire avec Mickulicz : « Tant que l'on regardera la vessie et le rectum comme des *noli me tangere*, l'extirpation de l'utérus ne donnera pas les résultats désirables. Il ne faut pas craindre d'attaquer franchement le rectum et la vessie qui ne sont pas des organes essentiels à la vie. »

Des résections plus ou moins étendues de parois vésicales furent faites, on extirpa même l'organe en entier (1). Kossiuski, en 1894, obtint un succès en enlevant la vessie au cours d'une hystérectomie vaginale pour cancer. M. Chalot, en 1896, pour extirper un cancer de l'utérus propagé au petit bassin, lia les deux artères hypogastriques, sectionna les deux uretères et les aboucha dans le rectum au moyen d'un bouton anastomotique spécial. Sa malade vit encore un an après l'opération. De même on reséqua des portions plus ou moins considérables d'intestin envahi par le cancer. On ne se contentait plus de « l'ablation génitale du cancer », on pratiquait l'évidement complet du bassin. De pareilles mutilations firent reculer la majorité des chirurgiens, nous verrons plus loin quels furent les résultats de ces graves interventions.

II. — ÉTUDE CRITIQUE DES MÉTHODES ET DES PROCÉDÉS

1° Méthode vagino-abdominale. — « Dans tous les cas

(1) Tuffier et Dujarier, De l'extirpation totale de la vessie pour néoplasmes. (*Revue de chirurgie*, 1898 p. 289.

obscurs, dit Kustner, il faut après libération de la portion vaginale du col, terminer par en haut. » M. Delagenière considère aussi cette méthode vagino-abdominale comme très recommandable. Sans nous laisser arrêter par la diversité des manœuvres vaginales qui vont de la simple incision péri-cervicale à l'amputation du col après hémostase de la partie inférieure des ligaments larges, il nous semble que tous ces procédés peuvent être appréciés en même temps, sans entrer dans leurs détails. A quoi bon dans les cancers du corps recourir à une méthode mixte quand les hystérectomies vaginales ou abdominales totales sont suffisantes. La cause des partisans de l'hystérectomie vagino-abdominale est bien plus facile à défendre dans les cancers du col. Nous nous ménageons, nous assurent-ils, d'une part les avantages de l'hystérectomie vaginale par cette amputation du col et par cette hémostase des utérines, d'autre part les avantages de l'hystérectomie abdominale par la possibilité de faire une opération complète après vérification. Assurément, cette méthode est loin d'être sans valeur, mais comme toutes les méthodes mixtes elle présente des inconvénients. Elle n'est pas simple et uniforme dans son exécution, elle nécessite des manœuvres vaginales et abdominales plus ou moins complexes. Tout chirurgien redoute, et non sans raison, de passer du vagin dans l'abdomen ; il ne le fait d'ordinaire que quand il y est forcé. En surplus on ne s'est pas conformé à la règle générale d'ablation des tumeurs, et la méthode ne peut être applicable qu'à des cas particuliers. Que dire de cette attaque double et successive du cancer par des voies si différentes, pourquoi un changement de front dans une extirpation qui devrait toujours être progressive

et sans interruption dans sa marche? Les manœuvres abdominales n'en sont pas pour cela rendues plus faciles, l'évidement du bassin n'y gagne rien, parce que les points de repère ont disparu ou sont moins précis. Si, par malheur, la collerette vaginale n'a pas dépassé l'envahissement néoplasique, il faut réséquer à nouveau les parois du vagin, remettre ses mains, ses instruments et les surfaces cruentées en contact avec le cancer. Cette retouche opératoire est ce qu'il y a de plus mauvais au point de vue de l'infection et de la dissémination des germes.

2° Méthode abdomino-vaginale. — Elle ne nous attardera pas, elle est abandonnée par tous. Elle souffre les mêmes reproches que la précédente, c'est un procédé d'exception. Rarement elle a été appliquée au cancer de l'utérus, aujourd'hui on n'en parle plus que comme d'une curiosité. La méthode abdominale pure a tant de supériorité sur les autres qu'elle les a écrasées. En montrant ses avantages, on va mieux comprendre les inconvénients des deux méthodes que nous venons de critiquer.

3° Méthode abdominale (*Procédé Américain*). — « L'opération américaine, dit M. Segond, est le meilleur procédé actuel d'hystérectomie abdominale totale pour enlever l'utérus et les annexes. Il me semble, en effet, difficile de ne pas reconnaître qu'elle remplit toutes les conditions de simplicité et de sécurité que la chirurgie abdominale exige de plus en plus. Elle se passe des clamps spéciaux et des pinces énormes, aussi bien que des manœuvres complexes ou trop personnelles. Quelques instruments de chirurgie journalière suffisent à son exécution. L'intervention se poursuit, de son début à sa terminaison, comme l'ablation d'une tumeur quelconque,

et d'après les règles les plus courantes de la chirurgie abdominale. En fait de simplicité, je ne vois donc pas mieux. Au point de vue de la sécurité, la même appréciation s'impose, puisque la méthode résume, en elle, tous les perfectionnements techniques désirables : caractère exclusivement abdominal de l'intervention ; perfection de l'hémostase ; abandon des gros pédicules ; ligatures isolées des vaisseaux ; protection assurée de l'uretère et de la vessie ; suppression des contacts intestinaux avec toute surface rugueuse ou cruentée ; facilité d'une occlusion péritonéale des plus régulières ou drainage vaginal parfait, suivant les nécessités du cas particulier ou les tendances de l'opérateur.

Enfin, caractéristique très particulière, et qui suffirait seule à faire la preuve de ce que je pense, la méthode américaine a pour elle cette grande supériorité d'être applicable à tous les cas, sans exception. Avec elle, on procède droit devant soi, allant du simple au compliqué, liant au fur et à mesure ce qui doit être lié, et protégeant ce qui doit être protégé ; on arrive toujours à son but méthodiquement et sûrement. Comment imaginer plus parfait ! Pour ma part, et pour l'instant, je ne le vois pas. »

Les avantages du procédé américain énumérés par M. Segond ne se retrouvent pas aussi bien groupés dans les autres procédés d'hystérectomie abdominale totale. La raison en est qu'il est formé d'une série de perfectionnements ; il n'est pas l'œuvre d'un seul ; beaucoup de chirurgiens sont venus lui imprimer des modifications utiles ; aussi, comme le dit M. Segond, ce n'est plus un procédé, mais une méthode générale.

Si l'on voulait utiliser les autres procédés d'hystérecto-

mie abdominale totale, il faudrait leur faire subir quelques arrangements nécessités par le cancer. L'attaque des ligaments larges, qu'elle soit uni ou bilatérale, cela nous importe peu, on arrivera toujours sur le vagin. Mais la préoccupation du chirurgien ne sera pas de pénétrer dans ce conduit, il le reconnaîtra à sa dépressibilité spéciale au-dessus du museau de tanche, à son aspect blanchâtre, moins vasculaire que le col dénudé au-dessus, enfin à sa sonorité, il l'explorera pour distinguer les parties saines de celles qui sont envahies. Tant qu'il sentira du cancer, il disséquera le vagin par sa périphérie, il l'ouvrira seulement quand il sera arrivé sur des tissus indemnes de dégénérescence. Jamais, pour nous, on ne doit commencer l'opération par l'ouverture d'un cul-de-sac dans le cancer du col; on doit même éviter, si c'est possible, les manœuvres de désinsertions vaginales péri-cervicales ou les réduire à leur minimum.

Qu'on nous permette d'ajouter un mot sur le procédé si original de notre maître M. J.-L. Faure. Il a été créé en vue des suppurations pelviennes et nous avons été témoin de ses avantages ; l'auteur ne l'a appliqué au cancer que trois fois. Nous ne saurions le recommander parce qu'il va à l'encontre des idées que nous avons toujours défendues. Pourquoi ne pas aborder une tumeur par sa périphérie quand il y a tant de procédés qui le permettent, pourquoi fendre un utérus cancéreux de haut en bas dès le début de l'opération ? Les mains, les instruments, les surfaces cruentées vont donc se trouver durant toute l'intervention en contact avec le néoplasme. La loi générale de l'ablation des tumeurs n'étant pas suivie dans l'adaptation du procédé de M. J.-L. Faure au cancer de l'utérus,

nous ne pouvons en prendre la défense dans le cas particulier, ses indications ne devant être qu'exceptionnelles.

III. — DIFFICULTÉS OPÉRATOIRES

Les difficultés opératoires sont sous la dépendance de deux facteurs : 1° de la friabilité utérine ; 2° de l'état avancé des lésions.

1° Friabilité utérine. — « Les procédés d'arrachement qui peuvent quelquefois réussir en cas de fibrômes, dit M. Reynier, ne pourraient être utilisés dans les cas de cancer utérin. Celui-ci en effet rend les parois de l'utérus friables ; elles se déchirent sous les mors de la pince. En pratique, on ne se heurte pas à ces difficultés, car on n'est pas obligé de mettre des pinces sur l'utérus. » Cette remarque est parfaitement juste, les tractions exercées sur l'utérus ne seraient d'aucune utilité au début, puisque le chemin n'est barré par aucune tumeur. Une fois le ligament large gauche sectionné, il faut bien se frayer une route sur les parties latérales du vagin. L'accès dans la profondeur est rendu plus facile par l'élévation de l'utérus attiré au dehors et à droite. La matrice enveloppée dans une compresse est saisie par un aide, le sens et la force des tractions sont réglés par le chirurgien. Les pinces à griffes doivent être proscrites, parce qu'elles peuvent perforer l'utérus et laisser sourdre du liquide contenu dans sa cavité ; en plus elles déchirent, écrasent les tissus, produisent une bouillie qui peut être formée par des matériaux septiques ou inoculables. Les tractions sur le corps ne seront jamais trop fortes, elles pourraient être accompagnées des mêmes ennuis. Elles pourraient encore favoriser les déchirures brusques des parois vaginales

dans les manœuvres de décortication de ce conduit. La paroi vaginale dégénérée étant bien tendue, le doigt la perfore sans difficulté et des masses sanieuses et cancéreuses se précipitent dans un champ opératoire non protégé. Nous rejetons aussi les prises du col par des pinces à traction, c'est rechercher à plaisir une besogne difficile et dangereuse. L'idéal, presque impossible à réaliser, serait de ne pas toucher au col, de l'enlever encapuchonné dans sa longue collerette vaginale.

2° *Etat avancé des lésions.* — Nous ne nous arrêterons pas aux tentatives faites dans les cas de cancers regardés jusqu'ici comme inopérables ; il est évident qu'elles sont pleines de dangers. Plus l'état des lésions est avancé, plus les périls augmentent. Aussitôt que le cancer a franchi les limites de l'utérus, les difficultés commencent, elles croissent progressivement avec l'envahissement du tissu cellulaire des ganglions, des parois vaginales, des conduits et viscères voisins. Si l'évidement du bassin est rapide et facile, l'opération aura quelque chance d'être radicale ; s'il prend des proportions considérables, le plus souvent les ganglions, les parois vaginales seront enlevés incomplètement parce que le chirurgien redoutera de blesser soit les artères iliaques internes, soit l'uretère. Que de fois même la laparotomie restera purement exploratrice devant la trop grande extension du néoplasme. M. Segond se contenta (obs. 102) de refermer le ventre d'une de ses malades, parce qu'il ne voulait pas réséquer la vessie dans sa presque totalité. D'autres fois ce sont les lésions intestinales qui arrêtent la main des opérateurs.

IV. — ACCIDENTS OPÉRATOIRES ET POST-OPÉRATOIRES

1° Hémorragies au cours de l'hystérectomie. — Comme dans l'hystérectomie vaginale, l'hémostase définitive est difficilement parfaite. L'état trop avancé des lésions en est la cause. Aussi ces hémorragies sont loin d'être rares ; dans la première partie de l'opération, elles sont sous la dépendance de l'artère utérine, rarement de l'utéro-ovarienne. Ces vaisseaux, englobés par le néoplasme, deviennent plus friables, ils se rompent sous l'effort des tractions exercées par les pinces et les ligatures. Dans l'observation 100, l'artère utérine gauche se déchira sur une étendue de trois ou quatre centimètres. D'autres fois les surfaces cruentées, laissées à découvert par la résection des ligaments larges, donnent un écoulement sanguin en nappe, inquiétant par son abondance ; quelques points de suture affrontant les feuillets péritonéaux suffisent le plus souvent pour arrêter ces hémorragies. La résection des parois vaginales est toujours accompagnée d'une véritable inondation du champ opératoire; on la tarira en bien repérant ses tranches, en faisant quelques points de matelas ou un surjet. Dans toutes les opérations que nous vîmes pratiquer par M. Segond, il fut toujours possible d'arrêter l'hémorragie au point où elle se produisit, par conséquent nous ne saurions recommander les ligatures préventives ou consécutives des artères utérines à leur origine ou des iliaques internes.

2° Hémorragies post-opératoires. — « Il faut, dit M. Terrier (1), se préoccuper beaucoup de l'hémostase définitive, car on est exposé à des hémorragies tardives,

(1) Terrier, *Revue de chirurgie*, 1898, p. 1145.

probablement veineuses et dues à des vaisseaux dont les parois peuvent être déjà infiltrées de productions épithéliales. Le fait nous est arrivé dans un cas (obs. 55), chez une malade atteinte de gros fibrome et d'un épithélioma du col, pénétrant à droite, jusque entre les lames du ligament large, après envahissement du vagin, qu'on dut réséquer. On trouva à l'autopsie un demi-litre environ de sang coagulé dans le petit bassin, sang qui provenait de la partie latérale droite du ligament large, la suture péritonéale ayant cédé et laissé transsuder le sang dans la cavité péritonéale pelvienne.» Nous pensons que la fréquence de ces hémorragies post-opératoires doit exister dans une proportion plus forte que celle signalée d'après les observations ; on ne publie pas assez les cas de morts. Une surveillance très grande de l'hémostase définitive sera le meilleur moyen d'éviter cette complication; quand elle se produit, on en est averti par les signes généraux et par la mèche vaginale qui n'a pas été trop tassée et qui sert de drain. Il faut pratiquer la laparotomie séance tenante, c'est la seule chance de salut.

3° Lésions viscérales. — 1° *Blessure de l'uretère.* — Pendant une hystérectomie abdominale pour cancer, le chirurgien redoute presque tout le temps la blessure de l'uretère, ses appréhensions augmentent durant l'évidement du bassin, pour atteindre leur maximum durant le travail de décortication du vagin. Le placement des ligatures n'est pas non plus exempt de dangers. Si le cathétérisme n'est pas indispensable dans les cancers au début, il devient nécessaire quand on s'attaque aux cancers ayant envahi le paramètre, les ganglions et le vagin. Rarement, le conduit sera sectionné, il faudrait procéder avec trop d'imprudence et un peu

au hasard, quelquefois il pourra être blessé par le bistouri. D'ordinaire, c'est dans l'application des ligatures inférieures qu'il est traversé par une aiguille et un fil, des ligatures latérales sont apposées sur lui. Quelquefois son calibre est obstrué complètement par une ligature. Bardenheuer cite un cas de mort avec des symptômes d'urémie. Le plus souvent, après quelques troubles qui sont mis sur le compte de l'hystérectomie, vers le 12e jour, une fistule urinaire s'établit et vient éveiller l'attention sur la possibilité d'une blessure de l'uretère. L'observation 101 de M. Segond nous en a fourni un exemple. D'ordinaire, cette fistule est persistante, et beaucoup d'auteurs pensent que les prétendues guérisons de fistules urétérales n'étaient que des guérisons de fistules vésicales. Si le cathétérisme du trajet était toujours possible, cette discussion n'aurait pas sa raison d'être.

2° *Blessure de la vessie.* — La vessie est presque toujours blessée accidentellement dans les manœuvres de décollement de la paroi vaginale antérieure. « En refoulant la vessie, dit Jacobs, nous y pénétrons par une ouverture d'environ quatre centimètres que nous refermons au moyen de quelques points de catgut. La malade guérit sans fistule consécutive. » D'autres fois, on ouvre la vessie parce qu'elle est envahie et parce qu'on veut réséquer tout ce qui est dégénéré. On la ferme ensuite par quelques points de suture qui ne tiennent pas toujours, c'est ce qui est arrivé à une malade de M. Rouffart (2). M. Reynier (3)

(1) Jacobs (C.), La voie abdominale dans le traitement du cancer utérin. *Bull. de la soc. belge de gyn. et d'obst.*, 1897, p. 131. Obs. VI.

(2) Rouffart, Intervention abdominale dans le cancer utérin. *Bull. de la Soc. belge de gyn. et d'obst.* 1898.

(3) Reynier, *loco citato*. Obs. II.

dans une de ses interventions ouvrit la vessie et la sutura, son opérée mourut de péritonite. Une malade de M. Terrier (1) présentait encore une fistule vésico-abdominale quatre mois après une extirpation d'un cancer du corps.

3° *Blessures de l'intestin.* — Sans vouloir revenir sur les résections intestinales et les fistules qui peuvent être consécutives à ces opérations graves, nous sommes obligés de parler des blessures possibles de l'intestin au cours de l'hystérectomie abdominale. « On peut léser le rectum, l'S iliaque et le cœcum, disent Hégar et Kaltenbach, quand ces segments de l'intestin sont envahis par le néoplasme. Dans un cas observé par Freund, la mort fut causée par une péritonite due à une perforation intestinale. » Une malade de M. Segond (obs. 100) souffrit d'une fistule intestino-abdominale qui guérit spontanément deux mois après l'opération. Ces lésions sont donc rares, mais nous ne pouvions moins faire que de les signaler.

4° *Complications post-opératoires.*— L'iléus, l'occlusion intestinale furent des complications rapportées dans quelques observations. M. Jacobs soigna pendant longtemps une de ses opérées pour une grande escarre fessière.

Nous regrettons de n'avoir pu donner des renseignements plus précis sur les accidents opératoires et post-opératoires, la faute en est au nombre relativement peu considérable de cas publiés avec détails.

(1) Terrier, *loco citato*. Obs. LXXII.
(2) Hégar et Kaltenbach, *loco citato*, p. 339.

CHAPITRE II

Résultats

I. — RÉSULTATS IMMÉDIATS

1° Statistique. — A ses débuts, l'opération de Freund ne se recommanda pas par ses résultats ; ils furent encore plus désespérants que ceux fournis par l'hystérectomie vaginale. Pour s'en rendre compte, il suffit de rappeler la statistique publiée par Hégar et Kaltenbach (1). Elle ajoute un nombre respectable de cas aux chiffres de la statistique d'Ahefeld :

	Opérations	*Guérisons*	*Morts*	*Opérations incomplètes.*
Statistique d'Ahefeld	66	13	49	4
Bardenheuer.......	12	9	3	»
Hegar.............	2	»	2	»
Kuhn..............	2	1	1	»
Spiegelberg........	1	1	»	»
Freund...........	3	1	2	»
Solovieff..........	1	»	1	»
Kocks............	2	1	1	»
Bottini............	1	»	1	»
Krabbel..........	1	»	1	»
Rydygier..........	1	»	1	»
Reuss.............	1	»	1	»
Totaux........	93	26	63	4

La mortalité pour ces opérations, quand elles ont été

(1) Hégar, Kaltenbach, *loco citato*, p. 337.

terminées, est donc de 71 p. 100, chiffre qui correspond d'une manière très exacte avec les résultats obtenus par Freund, la mortalité étant de 73 p. 100 pour cet auteur. Si elle était restée à ce chiffre élevé, il aurait fallu abandonner l'hystérectomie abdominale. Grâce aux perfectionnements importants et nombreux apportés dans ces dernières années à la technique, la léthalité s'abaissa dans une proportion énorme. « J'estime, dit M. Rouffart, que le *pronostic de l'hystérectomie abdominale* se rapprochera de plus en plus de celui de l'hystérectomie vaginale, surtout si l'on ne se borne pas à faire, dans des cas extraordinairement difficiles, de la virtuosité chirurgicale, mais si, comme je le préconise, on pratique l'opération dans des cas à indications bien précises. La gravité de la laparo-hystérectomie ne peut aujourd'hui être discutée. Nous en sommes à la période de début; nous n'avons guère pratiqué l'opération que dans les cas les plus défavorables, dans ceux qui s'écartent des indications telles que je les comprends. Dès lors les statistiques que l'on fournirait aujourd'hui ne pourraient éclairer la question. » Nous sommes du même avis que M. Rouffart : les statistiques actuelles ne peuvent avoir qu'une valeur très relative, vu les multiples causes d'erreur qui s'y glissent : les observations sont en nombre insuffisant, elles proviennent d'auteurs différents, et elles ne sont pas comparables entre elles. Nous savons qu'on peut nous adresser ces reproches; pourtant il faut un commencement à tout, et nous espérons que des chiffres ne seront pas complètement inutiles. Notre énumération ne comprend pas tous les cas épars dans les publications, elle réunit surtout les faits les plus récents.

	Opérations	Guérisons	Morts.
Kustner	18	14	4
Terrier	8	6	2
Jacobs (1re série)	4	1	3
Jacobs (2e série),	11	11	0
Rouffart	1	1	0
Pantaloni	2	2	0
Henrotay	1	1	0
Lauwers	2	2	0
Schmeltz (de Nice)	2	2	0
Duret (de Lille)	2	1	1
Reynier	8	6	2
Mauclaire	3	1	2
Quénu	1	1	0
Segond	5	5	0
Totaux	68	54	14

Cette statistique, sur laquelle nous faisons toutes nos réserves, donnerait plus de 20 p. 100 de mortalité. Ce chiffre est-il au-dessus ou au-dessous de la vérité, nous ne le savons pas. Pourtant nous pensons que la mortalité doit avoir été plus considérable, parce qu'on était à la période d'essai de l'hystérectomie abdominale pour cancer et parce que les chirurgiens ont plus de tendances à publier leurs succès que leurs désastres. Ce que nous pouvons affirmer, c'est que la léthalité augmente proportionnellement au degré des lésions. Plus le cancer est avancé dans son évolution, plus l'intervention devient grave et plus la mort est fréquente.

Ce sont les néoplasmes bien limités à l'utérus qui donneront les meilleurs résultats. Quant à juger de la mortalité exacte, ce n'est guère possible aujourd'hui ; il n'y a pas deux statistiques assez importantes qui puissent être comparées. Les observations de MM. Küstner, Terrier, Jacobs, Reynier et Segond n'en comportent pas moins un

enseignement, c'est que l'hystérectomie abdominale n'est plus meurtrière comme autrefois. Aussi ne peut-on plus s'appuyer sur sa trop grande gravité pour l'exclure de la thérapeutique du cancer.

2° Causes de la mort. — Nous ne croyons pas qu'avec Küstner il faille classer les morts suivant le mode de traitement de la plaie opératoire. Nous reproduisons le tableau donné par l'auteur, mais sans y attacher une trop grande importance, parce que ce sont des indications particulières ou la gravité du cas qui commandent la conduite de tout chirurgien.

Tableau de Küstner.

	Opérations	*Morts*
1° Section complète du péritoine........	4	2
2° Fermeture de la paroi abdominale et tamponnement par le vagin.......	4	2
3° Fermeture du vagin et Mickulicz à l'abdomen......................	10	0

Dans sept observations où les causes de la mort nous furent indiquées, nous vîmes toujours la péritonite et la septicémie tenir le premier rang. M. Reynier perdit deux de ses malades de péritonite, les opérations avaient été très laborieuses ; une fois il avait ouvert et suturé la vessie et disséqué l'uretère, une autre fois il avait évidé le bassin et disséqué à nouveau l'uretère. M. Terrier eut une mort par septicémie et congestion pulmonaire dans un cancer du corps; l'intervention avait duré deux heures. Un deuxième cas de septicémie appartient à M. Mauclaire; sa malade succomba le cinquième jour, elle était atteinte d'un cancer au début.

M. Mauclaire rapporte encore une deuxième mort au bout de 48 heures sans y insister; M. Duret attribue au

shok opératoire le décès d'une de ses malades, elle n'eut aucune réaction post-opératoire, elle ne se releva pas et mourut le 2e jour. Remarquons qu'une pince placée sur le fond de la cavité utérine l'avait ouverte et qu'il s'en était échappé une sanie grisâtre et fétide. Enfin un épanchement assez considérable de sang dans le petit bassin peut amener la mort. M. Terrier en cite un exemple. Le point de départ de l'hémorragie était à l'extrémité droite du surjet. En résumé, les décès peuvent être presque tous attribués à la péritonite ou à la septicémie; rarement ils reconnaissent d'autres causes.

II. — RÉSULTATS ÉLOIGNÉS

1° Récidives. — *Généralités.* — Hégar et Kaltenbach, appréciant les guérisons opératoires de leur statistique, montraient qu'aucune des malades qui avaient survécu n'avait été radicalement guérie. Chez toutes celles qui étaient restées assez longtemps en observation, il y avait eu récidive. Dans aucun des cas opérés avec succès par Freund, on n'avait vu manquer la récidive. Déjà, en août 1880, Freund comptait huit morts par récidive sur vingt-cinq femmes qui avaient survécu à l'opération. Malheureusement les interventions actuelles ne paraissent pas être de beaucoup supérieures à celles de Freund au point de vue des résultats éloignés. Si la mortalité opératoire a diminué, la valeur thérapeutique de l'hystérectomie abdominale totale ne s'est pas sensiblement accrue. Un de ses plus ardents défenseurs, M. Jacobs, le reconnaît :

« Nous constatons, dit-il, dans nos observations des récidives aussi rapides que celles que nous publions dernièrement après nos opérations vaginales. Ces résultats

devaient être tels, les mêmes causes donnant les mêmes effets.

Si, dans chacun de ces cas, nous avons trouvé notre intervention justifiée, c'est que nous avons noté la parfaite mobilité de l'utérus, la non-entreprise du vagin, l'intégrité des ligaments larges au toucher. La cœliotomie nous a démontré que les ganglions pelviens ne peuvent être que très rarement diagnostiqués. Or, pas plus dans le bassin que dans d'autres régions, le chirurgien ne peut espérer la cure du cancer, s'il doit borner son opération à l'ablation du néoplasme et abandonner dans l'organisme des chaînes de ganglions entrepris. Si nos moyens d'investigation ne nous permettent pas de déceler leur présence, nous interviendrons comme nous l'avons fait, et nous serons forcés de faire des opérations incomplètes, inutiles dans l'espèce.

Il semble évident, d'après cette petite série opératoire, que nos moyens d'investigation sont insuffisants pour nous laisser persister dans la légitimité de l'opération radicale. Mieux eût valu, dans presque tous ces cas, n'intervenir que par de petites opérations palliatives.

Si les malheureuses pouvaient venir à nous tout au début de l'affection, lors de la première hémorragie, alors que les ganglions sont indemnes ou à peu près, j'estime que l'opération haute, suivie de l'ablation de tous les lymphatiques péri-utérins et iliaques, devrait donner des résultats sinon absolument curatifs, au moins forcément meilleurs que les opérations actuellement en vogue et qui ne sont rien moins que radicales. »

Cette appréciation de M. Jacobs est loin d'être encourageante. Certainement, avec lui, nous pensons que l'hysté-

rectomie abdominale pratiquée dans des cas de début donnerait de meilleurs résultats que ceux que nous constatons actuellement. Jusqu'à présent, la voie haute n'a guère été suivie que pour des cancers qui avaient franchi les limites de l'utérus. Toujours l'intégrité du paramètre, des ligaments larges et du vagin était soupçonnée, souvent l'envahissement de ces mêmes points était certain. La récidive dans une telle catégorie de faits ne pouvait manquer, elle était sûre et devait être rapide. Pouvait-on même parler de récidive quand le chirurgien ne faisait pas une ablation totale; la maladie continuait simplement à évoluer. Si la voie abdominale renseignait sur l'étendue des lésions, elle montrait aussi la presque impossibilité des extirpations complètes dans les cancers un peu avancés. La récidive était certaine dans plus de la moitié des observations que nous avons lues avec attention; il avait été impossible soit d'enlever tous les prolongements néoplasiques, soit de nettoyer le bassin des ganglions qui le remplissaient. Des dissections trop importantes pour être radicales auraient été nécessaires, des délabrements trop considérables et trop dangereux auraient dû être tentés pour extirper les ganglions. Leur nombre, leur volume, leur situation et leurs adhérences aux vaisseaux créaient des difficultés opératoires qui firent reculer bien des chirurgiens. Nous ne pouvons nous appesantir sur les tentatives dirigées contre les cancers regardés jusqu'ici comme inopérables, il suffit de se reporter aux observations de Pryor pour voir combien ces interventions furent incomplètes. Pour Cittadini, « il est indéniable que, dans les cas assez avancés pour nécessiter de pareilles mutilations, l'intervention, quelque radicale qu'elle semble être, ne

pourra pas avoir la prétention de tout enlever. Elle apparaît ainsi, avec une gravité immédiate infiniment plus sérieuse et elle n'a guère plus de valeur que toute autre opération palliative. Je ne crois pas qu'il faille suivre cette voie qui mènerait, par coquetterie chirurgicale, à faire presque une autopsie *in vivo*. »

Apparition. — Les observations qui nous ont donné des renseignements sur l'apparition ou plutôt sur la constatation de la récidive peuvent être classées en deux séries; elles sont au nombre de dix-huit.

1° Les opérations furent incomplètes et le cancer continua à évoluer dans 10 cas. Huit appartiennent à M. Jacobs, un à M. Henrotay, un à M. Segond (obs. 97). Ce furent toujours les ganglions qui empêchèrent ces chirurgiens de pratiquer des ablations d'apparence au moins radicales, cette dégénérescence était due à des cancers du col.

2° Il n'y a que huit observations où la récidive fut étudiée. La période qui s'écoula entre l'intervention et la constatation du retour du mal ne fut jamais bien longue.

Chirurgiens	*Ages*	*Cancer*	*Constatation de la récidive*
Terrier............	35	Col....	Mort 6 mois après de récidive
id	41	Col....	5 mois
id	48	Col....	8 mois
Mauclaire..........	48	Col....	4 mois
Reynier...........	31	Col....	6 mois
id	52	Col....	3 mois
Segond (obs. 100)..	40	Col....	3 mois
id (obs. 101)..	41	Col....	4 mois

En parcourant ce tableau, on est frappé de la rapidité

avec laquelle s'est montrée la récidive : chez aucune malade elle n'a attendu une année ; pourtant il y a quelques survies plus longues sur lesquelles nous reviendrons dans un instant.

Localisation. — Le plus souvent, la récidive se produit dans la cicatrice vaginale, comme dans les hystérectomies vaginales. Quelques causes d'erreur pourraient faire croire à son apparition, elles seront toujours évitées en cas de doute par l'examen microscopique.

Nous avons déjà insisté sur son utilité et sur l'importance des renseignements qu'il peut fournir. Parfois très peu de temps après l'opération, on constate des bourgeons charnus au niveau de la cicatrice, il ne faut pas trop se presser d'affirmer le retour offensif du cancer.

Ces bourgeons peuvent tenir, soit à la cicatrisation de la plaie qui est retardée par des lambeaux vaginaux qui ont été taillés trop longs ou qui sont restés trop écartés, soit à l'élimination de quelques soies infectées, soit à des débris de parois tubaires. Malheureusement, il est loin d'en être toujours ainsi, et il n'est pas rare dans les premiers mois de trouver derrière la cicatrice qui n'est pas encore ulcérée une plaque dure qui s'étend chaque jour et envahit peu à peu les parties voisines, c'est un début fréquent de récidive. D'autres fois on perçoit au niveau de la cicatrice de petits bourgeons qui saignent très facilement. Il arrive encore de constater sur les côtés de cette cicatrice de volumineux bourgeons, véritables cônes de trois ou quatre centimètres qui viennent faire saillie dans le vagin. En détruisant par la curette de semblables formations néoplasiques (Segond, obs. 100) on voit l'instrument s'enfoncer de six à sept centimètres dans la direc-

tion des ligaments larges détruits par l'hystérectomie. Beaucoup plus rarement une plaque dure s'accole aux parois vésicales et rectales. Quand on pratique l'examen dans une période avancée, le palper bi-manuel permet de délimiter un véritable gâteau cancéreux qui remplit plus ou moins le pelvis et immobilise tous les tissus. Sur 12 observations où la localisation de la récidive est indiquée, neuf fois elle est signalée au niveau de la cicatrice vaginale (4 observations de JACOBS, 2 de SEGOND n°s 100 et 101, 1 de TERRIER, 1 de ROUFFARD et 1 de PRYOR), une fois dans le ligament large droit (observation de MAUCLAIRE), trois fois dans le pelvis (2 observations de JACOBS, 1 de HENROTAY)

En résumé, la récidive frappe le plus souvent la cicatrice vaginale qui devient dure ou bourgeonne, quelquefois le tissu cellulaire restant des ligaments larges envoie des boyaux cancéreux dans le vagin, rarement elle débute par les parois vésico-vaginale ou vésico-rectale. Plus tard le pelvis peut être envahi tout entier, il peut même se faire des propagations lointaines ou des métastases dans les ganglions ou les organes.

Evolution. — Si dans l'hystérectomie vaginale une période relativement longue d'amélioration, de guérison apparente, s'écoulait entre l'intervention et le retour des souffrances, il n'en est plus de même dans l'hystérectomie abdominale. Ces quelques mois de répit que nous avons rappelés plus haut sont bien courts, et il nous semble que le bénéfice qu'en ont retiré les malades est presque nul. Certainement après l'opération il y a un retour à la santé qui n'est pas négligeable, ces femmes ont engraissé et déjauni, elles semblaient vouloir revivre ; mais d'ordi-

naïre après deux ou trois mois, quelquefois un peu plus, les souffrances sont revenues intolérables. Elles se produisent tout d'abord pendant la défécation et la miction, puis elles deviennent spontanées avec des alternatives de calme et d'exacerbation ; plus tard elles sont continuelles. Elles se localisent au petit bassin, aux régions lombaires avec des irradiations variables. Des troubles rénaux, de véritables crises d'hydronéphrose intermittente peuvent se montrer, accompagnées de douleurs excessivement violentes (SEGOND, obs. 101). De grandes quantités de morphine n'arrivent plus à soulager ces malades; le bénéfice dans les cas récidivés a donc été très minime quand on le met en balance avec la gravité de l'intervention. La mort résulte de l'extension rapide du cancer. On dirait que ces laparotomisées n'ont pas le temps de mourir de cachexie cancéreuse, et que l'opération n'a été que le coup de fouet qui a fait galoper la maladie. Le plus souvent, elles sont emportées dans le cours de la première année ou au commencement de la seconde par des propagations au péritoine et aux viscères voisins, intestins de préférence, quelquefois par des généralisations.

Causes. — Cette rapidité d'évolution de la récidive nous pénétrait d'anxiété et nous nous demandions quelles pouvaient être les lésions qu'accompagnaient de si graves désordres. Les hystérectomies abdominales par le contrôle qu'elles permettent nous avaient déjà un peu édifié; de rares autopsies ; et surtout quelques laparotomies tentées pour guérir des récidives vinrent jeter quelque lumière sur ce problème.

En réfléchissant à quels cas avait été appliquée l'hystérectomie abdominale, nous avons compris pourquoi

cette opération avait été si meurtrière. Elle devenait nocive du fait seul qu'elle était incomplète. A quoi pouvaient servir ces tentatives d'extirpation qui avivaient les tissus sains comme les surfaces cancéreuses ; n'était-ce pas autant de portes grandes ouvertes à l'irruption des germes les plus variés ?

En relisant les observations, nous avons vu que bien des interventions s'étaient effectuées dans ces mauvaises conditions, aussi n'étions-nous pas surpris de leurs déplorables résultats.

Si les autopsies pratiquées par MM. Terrier et Delbet nous ont appris que rarement les parois de l'uretère étaient envahies par le néoplasme, qu'elles étaient seulement comprimées, il ne s'ensuivait pas que toute dissection minutieuse de ce conduit devait prévenir la récidive. Un réseau lymphatique d'une richesse extrême, dit M. Poirier, entoure la partie inférieure des deux uretères. Si des traînées cancéreuses ont pénétré dans ce réseau, il n'est pas extraordinaire qu'elles échappent aux investigations et qu'elles causent des récidives rapides (Segond, obs. 101).

Que penser de ces résections vaginales qui ont été faites au prix de certains dangers et avec les plus grandes difficultés? N'est-ce pas une illusion de sectionner des morceaux de vagin, quand on laisse du tissu cellulaire sous-muqueux qui est sûrement infiltré ? Dans les cancers un peu avancés, pour réaliser une opération radicale, il faudrait couper droit devant soi tout ce qui est malade, sans s'inquiéter de l'importance des organes enlevés, en un mot, il faudrait évider ou plutôt éviscérer en totalité ou en partie le contenu du petit bassin, pratiquer

une véritable autopsie de la cavité pelvienne. Parce que la lésion anatomique n'est pas grossière, parce qu'elle n'est pas tangible, elle n'en existe pas moins et les résultats ne viennent que trop nous le prouver.

Les laparotomies exécutées en vue de la guérison des récidives vont préciser les idées que nous développons, en même temps qu'elles vont nous renseigner sur la rapidité de leur évolution dans un certain nombre de cas.

M. Jacobs ouvrit à nouveau le ventre d'une des malades qu'il avait opérée un mois et demi auparavant, il constata de nombreux noyaux carcinomateux sur l'intestin. Sa laparotomie fut purement exploratrice, il borna son intervention à une opération locale vaginale : cautérisation des bourgeons charnus et tamponnement antiseptique. Une deuxième malade, à laquelle M. Jacobs avait fait une hystérectomie abdominale totale avec extirpation du tiers supérieur du vagin, ressentit des douleurs pelviennes très intenses deux mois et demi après cette intervention. La défécation devenait rare et douloureuse. M. Jacobs se décida à une laparotomie après avoir constaté une induration limitée à droite dans le fond du cul-de-sac vaginal ; la mobilité de ce dernier restant très nette. Une fois l'abdomen ouvert, il trouva plusieurs noyaux cancéreux disséminés sur l'intestin grêle, un gros noyau cancéreux à la partie moyenne de l'S iliaque. La base du ligament large droit était envahie par la dégénérescence, de même que le tissu cellulaire qui sépare la vessie du vagin ; le péritoine était intact. En présence de ces lésions multiples qui eussent demandé l'ablation, d'au moins cinquante centimètres d'intestin, peut-être d'une partie de la vessie et peut-être aussi la

ligature des vaisseaux iliaques droits, il se décida à laisser les lésions telles quelles et à refermer les parois abdominales.

M. Jacobs, après avoir rapporté ces deux observations intéressantes, ajoute : « Nous attirons l'attention sur la fréquence de ces récidives intestinales non seulement dans le voisinage mais à distance. » Ces récidives furent constatées en certain nombre dans d'autres laparotomies faites après hystérectomies vaginales et dans quelques autopsies. Expliquons-nous à leur sujet, et tâchons d'en tirer quelque utile enseignement. En évidant incomplètement un bassin néoplasique, nous avons dit qu'on ouvrait toutes grandes les portes à l'invasion cancéreuse. La cavité péritonéale n'est plus protégée, l'intestin glisse sur des surfaces cruentées plus ou moins saines, il peut se greffer sur ses parois des germes cancéreux dès les premières heures. Plus tard, des adhérences sont venues l'isoler de tout danger immédiat, en lui en créant un autre pour l'avenir ; car c'est par elles que le cancer gagnera rapidement l'intestin. (Obs. Jacobs.) Retenons ces lésions intestinales et leur rôle dans la récidive. Grâce à elles en partie nous expliquerons dans un autre chapitre les résultats discordants des hystérectomies partielles et des hystérectomies totales. Pour le moment ce qui nous importait, c'était de mettre en vedette cet envahissement de l'intestin suivant deux procédés, d'une part par propagation, d'autre part par greffe.

Quant aux autres questions qui se rattachent à la récidive, notre peu de renseignements ne nous permettait pas de les traiter utilement. D'ailleurs l'hystérectomie vaginale nous avait forcé d'entrer dans des considérations

générales qui sont tout aussi vraies pour l'hystérectomie abdominale totale.

2° Greffes. — Quel que soit le mode par lequel des parcelles néoplasiques rencontrent des surfaces cruentées elles peuvent s'y greffer. Les mains, les instruments peuvent véhiculer les germes, la masse cancéreuse elle-même est une source de dangers par les débris qu'elle peut semer durant les manœuvres d'extirpation.

La greffe pourra donc être constatée au niveau de la plaie vaginale, sur l'intestin et sur les parois abdominales. Cette complication doit exister dans d'autres endroits avivés, mais on ne peut s'en rendre compte.

Trois exemples de greffe sur l'intestin nous sont fournis par des laparotomies pour récidive, nous connaissons les deux observations de M. Jacobs ; M. Rouffart publia la troisième : des végétations cancéreuses étaient disséminées sur l'intestin. « Le passage de la dégénérescence de la forme nodulaire et ulcéreuse qu'elle affectait dans le parenchyme du col utérin à la forme efflorescente et disséminée qu'elle présentait sur le péritoine s'explique par le changement du terrain anatomique, et c'est alors l'élément endothélial, presque unique constituant du tissu de la séreuse, qui permet la culture de la greffe et son éparpillement en colonies de surface. Il convient aussi de prévoir la possibilité d'une greffe nodulaire sous-séreuse avec envahissement progressif des diverses tuniques intestinales, suivant le processus décrit par Letulle (1).

Cittadini (2) ajoute : « De nombreux exemples se

(1) Letulle, Les greffes cancéreuses de l'intestin. *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*, juin 1897, p. 495.

(2) Cittadini, *loco citato*.

retrouvent dans les publications gynécologiques de greffes cancéreuses inoculées, non plus dans le péritoine et sur l'intestin, mais dans les tissus cruentés avoisinant le champ opératoire. La préoccupation de les éviter amena Mackenrodt et Jordan à n'employer pour l'exérèse ni bistouri ni instrument tranchant, et à pratiquer l'opération comme la section des ligaments larges au thermo ou galvano-cautère. Bien qu'on ne puisse contester le bien fondé théorique de ce *modus faciendi*, non plus que les bons résultats qu'il a donnés à ses auteurs, il ne paraît pas ici, comme en France, avoir gagné de nombreux partisans. Il convient cependant de retenir de ces expériences de quels effets nuisibles sont, pour l'avenir, ces dilacération, mise à nu et broiement de la tumeur cervicale par les instruments ou les doigts lors des manœuvres de l'extirpation. »

Il ne nous reste plus qu'à signaler une dernière localisation de la greffe, c'est celle au niveau de la cicatrice abdominale.

Une malade de M. Segond (obs. 100) présenta cette complication. Trois mois après l'hystérectomie abdominale totale, M. Segond pratiquait l'ablation d'une petite tumeur du volume d'un œuf située dans la cicatrice abdominale. Elle n'atteignait pas l'ombilic, et ne dépassait pas le péritoine pariétal qui était sain et libre de toute adhérence. La coupe de cette tumeur révéla nettement sa nature cancéreuse.

Ces quelques faits nous permettent de comprendre les dangers de contamination directe qui doivent être beaucoup plus fréquents qu'on ne le croit, et ils expliquent les précautions multiples que nous avons recommandées

aussi bien dans l'hystérectomie vaginale que dans l'hystérectomie abdominale.

3° Survies. — Forcément, et bien malgré nous, nous serons très bref sur les survies. Déjà nous savons que chez les récidivées, elles sont très courtes et peu satisfaisantes, l'amélioration étant presque négligeable. Il ne nous reste plus à signaler que les quelques survies sans récidives que nous avons trouvées dans les observations; elles sont au nombre de huit.

Chirurgiens	*Ages*	*Localisation du cancer au*	*Sans récidives après*
Duret	49	Corps	2 mois et demi
Reynier	37	Col	3 mois
id	»	Col	3 mois
Jacobs	57	Corps	10 mois
Terrier	56	Corps	1 an et demi
id	51	Col	3 mois, fistule vésico-abdominale persistante.
Segond (obs. 98)	31	Col	5 mois
id (obs. 99)	55	Corps	1 an

Remarquons que les survies ne peuvent pas porter sur un laps de temps plus grand, puisque ces interventions ont été pratiquées dans le cours des années 1896, 1897 et 1898.

Il n'en est pas moins vrai que, sur 26 observations détaillées, nous n'avons trouvé que huit survies sans récidives, et ces survies datent à peine d'une année! Les plus longues appartiennent encore à des cancers du corps. Quelques chirurgiens auraient obtenu de meilleurs résultats, l'absence de renseignements sur le nombre de leurs opérées nous a empêché de les citer.

En résumé : les résultats immédiats, comme les résultats éloignés, de l'hystérectomie abdominale totale sont médiocres actuellement ; seraient-ils meilleurs si les indications de cette opération étaient mieux précisées ? Nous en sommes certain, et le chapitre suivant va être consacré à cette recherche.

CHAPITRE III

Indications et Contre-indications

I. — CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

Comme toute opération à ses débuts, l'hystérectomie abdominale totale renaissante semblait devoir réaliser tous les espoirs. Indistinctement elle fut appliquée à tous les cancers de l'utérus. Les revers vinrent rapidement calmer cet enthousiasme de la première heure ; on comprit que les succès dépendaient de la précision dans les indications. Si l'on intervenait trop tard, on se trouvait en présence de telles lésions qu'on préférait leur abandon aux dangers qu'aurait amenés leur ablation. Les ligatures des vaisseaux iliaques, les résections de parois vésicales, intestinales, urétérales, les laborieuses dissections du bassin étaient des manœuvres trop périlleuses pour rencontrer beaucoup de partisans. La presque totalité des chirurgiens les rejetèrent, parce que le résultat curatif recherché était illusoire et toujours inférieur à celui qu'un traitement palliatif aurait donné.

Bien nombreux encore restaient les cancers où l'hystérectomie abdominale pouvait être pratiquée sans nécessiter ces grands délabrements.

« Quand les malades viennent consulter le chirurgien, dit M. Rouffart, le moment de l'opération radicale par le vagin est le plus souvent passé : le col est détruit, la

tumeur est considérable, les culs-de-sac vaginaux sont indurés et les éléments de la tumeur se sont propagés dans les lymphatiques de la région. Obtenir la cure radicale du carcinome en enlevant l'utérus par la voie vaginale n'est plus possible ; c'est à une autre intervention qu'il faut recourir : à l'extirpation de l'utérus par la voie haute.

Par l'abdomen, on pourra enlever la matrice atteinte de cancer, évider les ligaments larges, poursuivre le mal dans les ganglions éloignés et réséquer le vagin. Ce *modus operandi* est celui que nous choisissons lorsque le cancer est à la période d'état, qu'il a détruit en partie le col, que l'ulcération s'étend largement, qu'elle affleure aux culs-de-sac, que le vagin est entrepris ou que la base du ligament large est envahie. Dans la plupart des cas, de telles lésions coexistent avec toutes les apparences extérieures de la santé. La malade déclare perdre un peu de sang depuis quelques mois. Elle n'y a d'abord pas fait grande attention ; elle ne s'inquiète que parce que les pertes continuent ; elles sont formées tantôt par un liquide jaunâtre, sanieux, tantôt par du sang pur ; la fréquence de ces phénomènes et surtout l'apparition de douleurs, symptômes qui dénotent que l'affection a dépassé l'utérus, conduisent la malade à consulter le médecin. Les femmes, pour diverses raisons, ne se décident que fort tard à se confier à un spécialiste. Aussi la laparo-hystérectomie sera-t-elle indiquée bien plus souvent que l'intervention vaginale.

La justification d'une opération de cette importance se trouve dans le mode de généralisation de ces tumeurs, qui forment des embolies néoplasiques dans les vaisseaux lymphatiques circonvoisins, avant même que les ganglions de

la région soient entrepris. Rien ne révèle à l'opérateur ces métastases cancéreuses, et s'il n'excise pas largement les tissus qui entourent le cancer et le territoire lymphatique suspect, il reste dans la plaie le germe d'une récidive ou mieux une portion même du néoplasme qui continuera son évolution après le traumatisme opératoire.

De plus, par la voie haute on arrivera plus facilement à réséquer les ligaments larges, à en enlever les tissus cellulaires, à vérifier et à extirper les ganglions lymphatiques. Le vagin et les organes atteints pourront facilement être amenés dans la plaie, et l'opérateur jugera du traitement qu'il doit leur faire subir. Les infiltrats du tissu cellulaire peuvent être éliminés; enfin le champ opératoire peut plus facilement être débarrassé de tous débris de tumeurs qui pourraient faire greffe. »

MM. Rouffart, Jacobs se sont attaqués à ces cancers qui avaient envahi soit le paramètre, soit les ligaments larges (tissu cellulaire, ganglions), soit le vagin. Leurs opérations et leurs résultats furent si peu encourageants, qu'eux-mêmes abandonnèrent ces interventions dans ces cas relativement avancés.

La majorité des chirurgiens pensa alors que les hystérectomies abdominales seraient d'un pronostic meilleur pour les néoplasmes où l'on hésitait à recourir à la voie vaginale.

« Toutes les fois qu'il y aura des doutes sur la propagation des lésions au delà des limites précitées, disait M. Janvrin, vers le paramétrium, les replis du ligament large, les ovaires ou les culs-de-sac, l'opération abdominale est la meilleure, s'il y a lieu d'intervenir par une opération radicale. »

Presque tous les résultats que nous avons examinés appartiennent à cette catégorie, et nous avons vu qu'ils n'étaient pas en faveur de la voie haute. MM. Rouffart et Jacobs s'en rendirent tellement compte qu'ils ne voulurent plus exécuter l'hystérectomie abdominale que dans les cancers limités à l'utérus. « Je fais l'opération par la voie haute dans les cas de néoplasme au début, disait dernièrement M. Rouffart. J'estime que c'est à cette période qu'il faut chercher à enlever toute la néoplasie avec le territoire lymphatique. »

Elle laisse espérer, ajoute M. Jacobs, une survie plus longue et une guérison plus radicale Les opérations pratiquées dans ces conditions sont encore trop rapprochées, pour nous permettre d'avoir une opinion. Toutes les idées que nous pourrions émettre seraient purement théoriques, puisqu'elles ne seraient pas appuyées sur des faits.

II. — INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS

1. **Cancer du col.** — Les indications et contre-indications de l'hystérectomie abdominale totale seront les mêmes que celles de l'hystérectomie vaginale, puisqu'elles s'appliquent à des cas semblables ; il est donc inutile d'entrer dans des détails à leur sujet, ce serait répéter ce que nous avons dit dans notre première partie.

Pourtant ce serait injuste de ne pas rappeler les longues survies, peut-être parfois les guérisons qu'a données l'hystérectomie vaginale. L'abdominale fournira-t-elle des résultats aussi bons, c'est possible ; mais nous n'en sommes pas certains quand nous nous souvenons des causes d'insuccès que nous avons énumérées dans le cha-

pitre précédent. Actuellement l'hystérectomie vaginale apparaît toujours comme la méthode de choix ; quand nous aurons fait le parallèle de ces deux interventions, nous espérons que cette affirmation sera encore mieux justifiée.

Qu'on nous permette de signaler une contre-indication générale à la voie haute.

« L'embonpoint des malades, dit M. Rouffart, peut être une contre-indication à l'ouverture de l'abdomen ; l'épaisseur des parois, qui atteint parfois 10 à 15 centimètres, empêche d'arriver facilement dans le pelvis, et le but de l'opération n'est pas atteint. Une autre raison fait encore rejeter dans ces cas une intervention quelque peu longue et délicate : c'est l'état du cœur qui, chargé de graisse, faiblit après l'opération et cause la mort de la malade, après qu'on a espéré une guérison pendant cinq ou six jours. »

2. Cancer du corps. — Pour les cancers du corps seulement, nous comprenons que les préférences des chirurgiens pour l'une des deux voies peuvent entrer en ligne de compte. « L'hystérectomie abdominale totale pour cancer du corps sera indiquée, dit M. Hartmann (1), pour tous ceux qui auront vu pratiquer ou qui auront, comme nous, pratiqué et l'hystérectomie vaginale et l'hystérectomie abdominale totale. Beaucoup de ces cancers du corps sont *très friables* et l'organe demande à être manié avec ménagements. Souvent nous avons vu les tissus se déchirer pendant les tractions de l'hystérectomie vaginale. Bien plus, nous avons une fois vu un opérateur dont toutes les

(1) Hartmann, L'hystérectomie abdominale totale, sa technique opératoire, ses indications. *Annales de Gyn. et d'Obst.*, 1892, p. 12.

pinces avaient déchiré à la fois les tissus, chercher ensuite péniblement à rattraper le fond de l'utérus qui avait sauté dans la profondeur, comme tiré par un lien élastique. Ce sont là des complications qu'on évite par l'opération abdominale. »

Ces réflexions de M. Hartmann sont vraies ; mais comment les concilier avec les bons résultats que l'hystérectomie vaginale pour cancer du corps a fournis à MM. Segond, Lauwers, etc. ? Pour nous, l'hystérectomie vaginale a toujours été une bonne opération, la meilleure tant qu'on ne lui a pas demandé plus qu'elle ne pouvait donner. Dans deux circonstances nous avons reconnu qu'elle était nettement contre-indiquée et que la voie abdominale lui était alors de beaucoup supérieure. Un utérus du volume du poing nécessiterait par le vagin un morcellement qui pourrait être dangereux ; le ramollissement excessif du col sur lequel nous avons insisté créerait des difficultés qui éveilleraient dans l'esprit des doutes sur la valeur radicale de l'intervention. Aussi vaut-il mieux passer par l'abdomen, et sur ce point nous sommes bien d'accord avec notre maître M. Hartmann. Pourtant de telles complications ne se rencontrent pas dans toutes les observations, elles sont plutôt exceptionnelles. Ces quelques restrictions ne changeront pas notre conclusion générale ; l'hystérectomie vaginale reste l'opération de choix dans le traitement du cancer du col et du cancer du corps.

3. **Cancer dans la grossesse.** — « Si on ne doit pas faire l'hystérectomie vaginale, dit M. Pinard (1), lorsque l'uté-

(1) Pinard, *loco citato*, p. 119.

rus a dépassé les limites de l'ombilic, est-on autorisé à pratiquer d'autres opérations? »

« Avant de chercher à résoudre cette question, rappelons-nous, ajoute-t-il, que, dans les deux tiers des cas, l'enfant continue à vivre et à se développer. C'est ce que nous disent les chiffres de Colinstein et de Bar, c'est ce que m'a appris mon expérience personnelle. Et je m'éloigne à ce sujet, d'une façon absolue, de l'avis émis par Fritsch considérant la mort de l'enfant et l'avortement comme très fréquents. Cette opinion, que je ne partage pas, a été soutenue dans un travail fort intéressant du Dr Hernandez.

« Etant donné que la vie de l'enfant doit entrer en ligne de compte, on ne serait en droit de la sacrifier que si les résultats obtenus par les méthodes opératoires pendant la grossesse étaient très favorables à la survie de la mère. »

« On a vanté l'opération de Freund, celle de Zweifel, celle de Mackenrodt, procédés divers d'hystérectomie abdominale totale. Mais les cas sur lesquels elle s'appuient sont des cas isolés. Avouons-le, on n'a pas encore à ce sujet de très grande expérience, et en tous cas les observations ne sont pas, à l'heure actuelle, suffisantes pour entraîner délibérément à sacrifier l'enfant, quelque mauvaises que soient les conditions dans lesquelles il se développe. »

En parcourant les statistiques, nous n'avons trouvé que quatre observations où l'hystérectomie abdominale totale fut exécutée sans césarienne préalable. Elles appartiennent, l'une à Murphy, les trois autres à Mackenrodt. Deux malades de Mackenrodt survécurent à l'opération : l'une mourut sept mois après de récidive, l'autre était encore en bonne santé un an après l'intervention; les

deux autres opérées moururent dans les quarante-huit heures.

D'autres fois une césarienne préalable a permis d'extraire un enfant vivant et l'utérus cancéreux fut enlevé par l'opération de Freund (méthode abdominale pure ou méthodes combinées). Le tableau que nous reproduisons d'après MM. Varnier et Delbet (1) nous apprend le danger que ces interventions font courir à la mère.

Chirurgiens.	*Age.*			*Résultats pour l'Enfant,*	*la Mère*
Schroder	?	III pare	En travail	Asphyxié Mort	Mort
id.	?	?	En travail	Asphyxié Mort	Mort
Bischoff	41 ans	VIII pare	8 mois	Vivant	Mort
Fochier	38 ans	VI pare	En travail	Mort	Mort
Freund	33 ans	V pare	En travail	Vivant	Mort
Fritsch	33 ans	VII pare	En travail	Vivant	Guérison
Sp. Wels	?	VII pare	6 mois	Mort	Guérison

Ces chiffres nous font partager le peu de confiance que M. le Dr Pinard avait dans la valeur thérapeutique de l'hystérectomie abdominale totale. Avec MM. Varnier et Delbet nous dirons que : « si on voulait persister dans cette voie de l'hystérectomie abdominale totale pour cancer (ce qui n'est peut-être pas très rationnel), il faudrait réserver cette opération aux cas où, le cancer étant bien limité au col, on peut intervenir au cours de la grossesse ou au début du travail. »

Quelques chirurgiens, considérant que toute opération dirigée contre le néoplasme est toujours inutile, et parfois

(1) Varnier et Delbet, *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, 1897, pp. 115 à 127, et *Semaine gynécologique*, 1897, p. 125.

nuisible, ont pratiqué une césarienne conservatrice. Après la délivrance, ils ont suturé les parois utérines. Malgré quelques beaux succès, dit M. Pinard, je n'adopte pas cette méthode qui fait courir des dangers immédiats à la femme.

Enfin nous arrivons à l'opération de Porro qui peut être simple ou suivie de l'extirpation du moignon par la voie vaginale. Cette dernière règle de conduite a été suivie six fois par MM. Stocker, Zweifel, Fehling, Pobedinsky (1). Quatre malades opérées de cette manière ont survécu à l'intervention, les deux de Zweifel sont mortes de septicémie.

Pour M. le professeur Pinard : « il faut pratiquer l'amputation utéro-ovarique, opération de Porro. Si elle n'enlève pas l'utérus, elle permet au moins, par l'extériorisation du moignon, d'interrompre toute communication entre le col et la cavité utérine par le péritoine. D'autre part, ne pas toucher au néoplasme dans ces conditions est plus gros de conséquence qu'on a bien voulu le dire. »

En résumé : l'hystérectomie abdominale totale, dans le cas particulier, n'est pas à recommander, quelles que soient les modifications qu'on apporte à son début ; on doit avoir recours, suivant les judicieux conseils donnés par M. le professeur Pinard, à l'opération de Porro avec conservation du moignon utérin.

(1) Pobedinsky (Moscou), Sur le traitement du col pendant la grossesse et l'accouchement. *Ann. de gyn. et d'obst.*, 1898, p. 281.

CHAPITRE IV

Considérations générales

I. — PARALLÈLE DES HYSTÉRECTOMIES TOTALES VAGINALES ET ABDOMINALES

Il serait fastidieux de présenter des aperçus successifs sur les avantages et inconvénients de chacune des deux méthodes ; nous nous serions exposés à des répétitions, et nous aurions manqué de clarté et de coordination dans l'exposition des arguments. Aussi, voyant que les avantages de l'hystérectomie abdominale critiquaient l'hystérectomie vaginale et vice-versa, nous n'avons pas cherché plus loin et nous avons adopté cette classification.

1° Avantages de l'hystérectomie abdominale et critique de l'hystérectomie vaginale. — 1° L'instrumentation nécessaire pour pratiquer l'hystérectomie abdominale est simple, puisque aujourd'hui les partisans de la voie haute n'opèrent plus que des cancers limités à l'utérus. Il ne faut plus de clamps, plus de valves, plus d'instruments spéciaux, ceux employés pour l'ablation des tumeurs suffisent presque toujours.

2° L'hystérectomie abdominale est une méthode plus générale qui s'applique à tous les cas sans exception. En surplus elle est toujours semblable à elle-même dans son exécution.

3° Elle évite les prises défectueuses du début de l'hys-

térectomie vaginale, et elle a moins à s'inquiéter de la friabilité des parois utérines.

4° Les incisions qui délimitent l'extirpation ont plus de chances de passer en dehors de la tumeur et les manœuvres qui accompagnent cette ablation se font à la périphérie ou au loin du néoplasme. Les sections en plein tissu cancéreux, le morcellement ont disparu.

5° La voie haute permet la vérification des lésions ; elle renseigne aussi sur la valeur thérapeutique probable d'une intervention.

6° Grâce à elle, le chirurgien peut enlever la presque totalité du territoire lymphatique dépendant de l'utérus et réséquer une partie plus ou moins large des parois vaginales.

2° Avantages de l'hystérectomie vaginale et critique de l'hystérectomie abdominale. — 1° Passer par le vagin, en cas de cancer, sera toujours moins grave que de passer par le ventre. La mortalité de l'hystérectomie vaginale deviendra presque nulle quand les indications seront nettement posées.

2° Dans l'hystérectomie vaginale, l'opération est plus simple, les difficultés sont moindres, et elles n'ont pas tant de retentissement sur le péritoine, puisque le travail s'exécute en grande partie dans le vagin. De plus la séreuse a été sectionnée sur une plus faible étendue et le péritoine viscéral est mieux protégé, les surfaces cruentées n'étant pas à son contact.

L'application des clamps durant quarante-huit heures n'a pas été inutile ; elle a permis l'organisation de la défense péritonéale contre le cancer. Dans l'hystérectomie abdominale l'évidement du bassin et les résections vagi-

nales exposent les malades à des dangers immédiats et éloignés sur lesquels nous avons insisté dans les chapitres précédents.

3° L'hystérectomie vaginale est plus efficace, ses résultats ne sont pas comparables à ceux fournis actuellement par la voie haute. Même quand les interventions ne sont que palliatives, la période d'amélioration n'est pas négligeable. « Les malades, dit M. Bouilly, peuvent avoir l'illusion et ont tous les bénéfices de la guérison radicale et complète. Plus d'hémorragies, plus de pertes d'aucune sorte, plus de douleurs, aucune gêne fonctionnelle, aucune apparence visible de mutilation ; elles ont du coup l'*idéal du résultat opératoire*. »

3° Conclusions. — Si la logique semblait plaider en faveur de l'hystérectomie abdominale, la pratique imposait nettement la voie vaginale. Comment concilier ces données en apparence irréductibles ; par hasard, n'aurait-on pas cherché du cancer où il n'y en avait pas, n'aurait-on pas réalisé des mutilations inutiles et dangereuses ? Faisant table rase de tout ce que nous avions dit, il nous semblait que le problème devait se poser ainsi : ou le système lymphatique péri-utérin était indemne et l'hystérectomie vaginale restait l'opération de choix, ou il était envahi dès le début et la voie haute reprenait tous ses droits. Enfermé dans ce dilemme, nous avons cherché une porte de sortie. Les longues survies sans récidive que nous avions constatées après des hystérectomies vaginales nous assuraient de l'intégrité du tissu cellulaire et du système lymphatique dans un nombre de cas respectables. Cela ne nous suffisait pas, il nous fallait un contrôle véritablement scientifique, le microscope

nous le fournit. « Les recherches d'Heidenhain, dit Cittadini, ont montré que, dans le cancer, le premier symptôme de la généralisation est la formation dans le système lymphatique canaliculaire circumvoisin de métastases cancéreuses ou embolies néoplasiques : le lymphangiome carcinomateux ainsi constitué, qui précède et prépare le lymphadénome spécifique ou engorgement ganglionnaire, est visible d'abord au microscope seulement ; et constitue une véritable graisse cancéreuse toute prête à lever après une opération incomplète (Kummer).

« Ces recherches faites sur le cancer du sein ont été reprises pour le cancer utérin par Wagner et montrent que, bien que moins fréquentes, elles existent dans un quart des cas mortels (64 fois sur 255 cas). »

Dans les trois autres quarts, le néoplasme n'aurait pas envahi le système lymphatique, l'hystérectomie vaginale était indiquée, et l'évidement du bassin inutile et dangereux. Pour le quart restant nous pouvons nous demander si une ablation complète des ganglions était possible ? « Je ne puis m'empêcher de répondre que je considère la chose comme matériellement impossible, dit M. Keiffer. Je défie qui que ce soit d'enlever tout le tissu lymphatique du petit bassin, même en y mettant le temps et sur le cadavre, *a fortiori* au cours d'une laparotomie. Or, vous ne pouvez pas être satisfait de votre intervention après avoir enlevé par dissection quelques ganglions à droite et à gauche. Vous savez très bien que le système lymphatique, qui semble être la voie de propagation du néoplasme malin, n'est pas représenté que par quelques ganglions, qu'il y en a d'inappréciables au toucher, que les vaisseaux lymphatiques qui les relient entre eux sont innombrables,

et qu'une fois les ganglions enlevés ces vaisseaux restent avec leur contenu, leurs éléments chimiques et leurs cellules, autant de germes de récidive qui rendent l'opération illusoire quelle que soit l'habileté de celui qui l'entreprend. »

Nous pouvons donc conclure que l'hystérectomie vaginale reste l'opération de choix, même dans le quart des cas où la propagation lymphatique se serait faite dès le début, parce qu'elle a pour elle sa bénignité, sa simplicité et son efficacité.

II. — DE LA LÉGITIMITÉ DES HYSTÉRECTOMIES TOTALES

L'importante question de la légitimité des hystérectomies totales a soulevé de grandes et belles discussions à la Société de Chirurgie de Paris en novembre 1888. On dirait qu'elle est oubliée aujourd'hui et que l'opinion a jugé le différend en faveur des ablations totales.

Pourtant le problème n'en persiste pas moins, et il y a quelque utilité à rappeler la valeur des hystérectomies partielles. « Elles comptent parmi leurs défenseurs, dit M. SEGOND (1), des hommes considérables, tel que VERNEUIL et KŒBERLÉ. — M. RECLUS, dans son enseignement comme dans les discussions de la Société de chirurgie, a toujours soutenu la cause de l'hystérectomie partielle. Il lui a consacré, dans la *Gazette Hebdomadaire* de 1888, un remarquable article où sont exposés, scrutés, désignés tous les arguments qui militent en sa faveur. Je n'ai pas de scrupule à avouer qu'il faut avoir une foi bien forte

(1) SEGOND (P.). Leçon inédite du 10 juin 1890, recueillie par M. Baudron.

dans l'hystérectomie totale pour ne pas se laisser captiver par les charmes du style clair, élégant, concis que M. Reclus possède à un si haut degré. »

Les arguments de M. Reclus sont au nombre de quatre. Que notre Maître nous permette de ne pas trop insister sur les deux premiers et de les étudier ensemble. Certainement, avec lui, nous croyons que les opérations partielles sont plus *faciles* et plus *bénignes* que les hystérectomies totales. Mais il faut se souvenir que ces dernières tendent vers un but peut-être illusoire : la cure radicale. Comme le fait remarquer fort judicieusement M. Kummer, « il ne faut pas être convaincus à l'avance de la presque inanité de nos efforts, et ne nous préoccuper dans l'élaboration du plan opératoire que d'éviter tout ce qui pourrait aggraver le traumatisme chirurgical, sacrifiant ainsi sans hésiter, au désir de rester inoffensif, la tentative d'une cure radicale. » Cet état fâcheux d'esprit aurait paralysé tout progrès si l'on s'en était tenu aux premières interventions. « Il y a une époque, dit M. Trélat, où on eût facilement prouvé que les femmes opérées du kyste ovarique avaient une survie moindre que les femmes non opérées. Nous sommes aujourd'hui (1888) en présence d'une discussion du même ordre pour les hystérectomies totales.» La gravité de ces interventions a beaucoup diminué ainsi que leurs difficultés d'exécution. »

Les deux reproches de M. Reclus n'en persistent pas moins; et, pour qu'ils n'aient plus leur portée, il faudrait que les résultats de l'hystérectomie vaginale fussent meilleurs que ceux des hystérectomies partielles.

Le troisième argument de M. Reclus n'est pas sans avoir de l'importance, il s'appuie sur deux faits anatomi-

ques : 1° l'envahissement des lymphatiques; 2° la propagation exceptionnelle du cancer du col au corps de l'utérus. Ou vous opérez de bonne heure, quand les ganglions lymphatiques sont sains, et il *suffit* d'enlever le col, ou vous opérez plus tard quand ils sont envahis, et dans ce cas nous sommes nous-même partisan des hystérectomies partielles. Les récidives *in situ*, qui se font après ces amputations, comme dans les faits observés par Ott, Richelot, démontrent la nécessité de pratiquer des ablations totales. « Alors même, disent MM. Labadie-Lagrave et Legueu, que le cancer ne se propage pas vers la muqueuse du corps, il est des traînées épithéliales, qui, parties d'un cancer vaginal, remontent le long des vaisseaux. Sur une de nos pièces, où à l'œil nu rien n'indiquait la propagation élevée du cancer, nous avons vu des traînées épithéliales fuser le long des vaisseaux sanguins et remonter à des limites que l'amputation vaginale n'aurait pas dépassées.

La propagation du cancer du col à la muqueuse du corps n'est pas aussi exceptionnelle qu'on pourrait le croire au premier abord. Sur 17 opérations, faites dans le service de Laroyenne, quatre fois il y avait des lésions séparées du corps et sur 6 malades opérées par Gaillioud, cinq fois le cancer remontait assez haut pour échapper à l'amputation susvaginale. M. Terrier, en 1888, montrait que dans 7 observations d'hystérectomies vaginales, l'amputation du col aurait été insuffisante quatre fois, puisque le corps était envahi. Cercha, sur 21 opérées, constata 2 fois cette propagation, M. Segond, sur 95 hystérectomies vaginales, en relate cinq exemples (obs. 2, 60, 64, 75, 82). Ces propagations existent donc bien, ce ne

sont pas des lésions inflammatoires, des métrites, l'examen histologique en a vérifié la nature.

D'ailleurs comme le fait remarquer M. Richelot, on ne sait jamais où le cancer remonte et on s'expose à en laisser. Ainsi MM. Trélat et Bouilly, en 1888, s'étonnaient d'entendre M. Verneuil recommander les opérations parcimonieuses, lui qui si souvent et si justement insistait sur la nécessité des larges sacrifices dans les cancers d'autres régions. Si l'on veut se conformer aux lois générales de la chirurgie des néoplasmes, l'hystérectomie totale est préférable à l'hystérectomie partielle.

« Les partisans de l'hystérectomie totale, dit M. E. Monod (1), ont raison théoriquement en proclamant la supériorité d'une opération radicale sur une opération partielle en présence d'un cancer limité au col. Mais ce qu'il nous importe de connaître ce sont les résultats éloignés de l'intervention, où l'observation des faits ne montre pas que la survie ne soit plus longue d'une façon constante après les opérations totales et montre que les opérations partielles, bénignes sous le rapport des suites immédiates, sont encourageantes si on considère leurs résultats éloignés. » Tel est le quatrième et dernier argument que M. Reclus présente en faveur des hystérectomies partielles. On comprend que nous ne nous arrêtions pas à la possibilité d'une grossesse après amputation du col, « ce prétendu avantage n'aurait aucune valeur en l'espèce ; quand il s'agit de discuter la vie d'une femme, il ne s'agit plus d'escompter les probabilités, très aléatoires d'ailleurs, d'une grossesse (2). » La question se pose ainsi :

(1) Monod. Amputation supra-vaginale du col dans un cas de cancer et grossesse consécutive, *Archives de clinique de Bordeaux*, nº 1. Janv. 96.
(2) Labadie-Lagrave et Legueu, *loco citato*, p. 933.

les ablations totales peuvent-elles donner une survie plus longue ? Les statistiques, d'après M. Pozzi, étaient toutes à l'avantage des opérations partielles et cela s'expliquait par ce fait que l'hystérectomie totale avait été pratiquée en désespoir de cause, dans les cas les plus anciens et les plus étendus, tandis que l'amputation partielle a été faite le plus souvent au début de l'affection. Les statistiques anciennes ne nous intéressent donc pas à ce point de vue, elles ne sont pas comparables aux statistiques d'hystérectomies partielles qui suivent.

Statistiques d'hystérectomies partielles. — La statistique d'Hofmeier n'est pas complète; l'auteur ne relate pas le chiffre total des opérations, il ne donne que les survies.

Celle de Pawlick, au contraire, est très instructive, elle nous apprend que les survies sont de 12,5 0/0 dans les hystérectomies partielles. En nous reportant aux chiffres que nous avons publiés plus haut (page 129), nous apprenons que les survies après hystérectomies totales sont : pour M. Russel de 36 0/0, pour M. Janvrin de 33 0/0, pour MM. Terrier et Hartmann 30 0/0, pour M. Olshausen de 25, 7 0/0, pour M. Byrne de 12 0/0. Les statistiques des hystérectomies vaginales sont donc meilleures que celles des hystérectomies partielles, d'autant plus qu'une statistique comme celle d'Olshausen porte sur 155 cas suivis pendant cinq ans. Nous terminerons en disant avec M. Segond qu'il existe une opération vraiment chirurgicale, vraiment suffisante du cancer opérable de l'utérus, c'est l'hystérectomie vaginale.

III. — DE L'INTÉGRITÉ DU DOME PELVIEN

Quand on compare les résultats des hystérectomies

totales et les résultats des hystérectomies partielles dans le cours des deux premières années, on est frappé par ce fait que la mortalité est moindre pour ces dernières et qu'elles présentent une survie plus considérable. N'y a-t-il pas là une contradiction apparente et illogique, puisque la thérapeutique du cancer a d'autant plus de chances d'avoir de valeur que l'ablation est pratiquée plus largement? C'est de là que vinrent les grandes hésitations des chirurgiens dans le choix de la méthode opératoire. Les discussions dans les Sociétés Savantes, les publications se ressentirent de cette discor dance dans les résultats. En parcourant les observations, de récidives, d'opérations tentées pour les guérir, en relisant les observations d'autopsies, d'hystérectomies vaginales et abdominales, il nous a semblé que la solution du problème pouvait être abordée.

Si nous prenions en bloc les statistiques d'hystérectomies vaginales, elles n'auraient aucune valeur dans ce débat contradictoire, l'hystérectomie vaginale ne devant être mise à exécution que quand on espère dépasser les limites du mal. Alors les suites sont simples, les survies longues et les statistiques des ablations totales bien meilleures que celles des hystérectomies partielles. Il n'en est plus de même quand vous vous attaquez à des cancers que vous ne pouvez extirper en totalité. La récidive n'apparaît pas, la maladie continue; mais elle continue d'une façon particulière. Votre intervention l'active dans son évolution parce qu'elle détruit une barrière protectrice qui empêchait l'invasion néoplasique. Aussi voyez-vous l'intestin se prendre rapidement et presque dans tous les cas. Les laparotomies secondaires pour récidives prati-

quées par MM. Jacobs et Rouffart, les autopsies nous ont prouvé la véracité de ces affirmations : voilà où est la clef du problème. Qu'avez-vous fait par vos hystérectomies totales, vaginales et surtout abdominales ?

Vous avez laissé des surfaces cruentées saines parfois, souvent elles étaient envahies par le néoplasme. Même quand les tranches sont indemnes, au-dessous d'elle, le tissu cellulaire est pris ainsi que les ganglions. Après votre intervention incomplète que va-t-il se passer? La vitalité cellulaire est activée par la cicatrisation, malheureusement elle l'est aussi par le néoplasme, et le cancer restant ne demande qu'à accroître ses prolongements. Avant d'en arriver à la cicatrisation parfaite des avivements, l'intestin s'est trouvé en contact avec ces surfaces cruentées, il les a balayées, il a érodé sur elles son endothélium, il a fini quelquefois par leur adhérer. Reportez-vous aux écrits que nous indiquions il y a un instant, et vous saurez que dans certains cas une efflorescence cancéreuse a germé sur le revêtement péritonéal de l'intestin, ces noyaux disséminés ne sont que de la greffe néoplasique. Dans le plus grand nombre des observations, des adhérences se sont produites, et par elles un envahissement étendu de l'intestin s'est réalisé très rapidement. Maintenant vous comprenez pourquoi ces malades meurent vite de leurs récidives, et cela d'autant plus rapidement que les avivements ont été plus larges. N'est-ce pas ce que nous avons rencontré dans les hystérectomies abdominales accompagnées d'évidement du bassin et de résections vaginales. Quand on ne dépasse pas les limites du mal, l'ablation totale est dangereuse par les mauvaises conditions qu'elle crée. Au contraire, si vous

faites des hystérectomies partielles chez les mêmes malades, la soi-disant récidive évolue du côté des ligaments larges, qu'elle gonfle petit à petit de masses cancéreuses. Parfois des fusées s'effectuent le long de l'uretère, mais le néoplasme reste cantonné dans le tissu cellulaire. Ce mode d'extension est beaucoup moins grave, son évolution est plus lente et son pronostic moins rapidement fatal. Rarement le cancer franchit le péritoine. Sur 264 cas, Gusseron ne signale que 18 fois la propagation à la séreuse. Quand la dégénérescence maligne se dirige du côté du péritoine, il se forme des adhérences préservatrices. Roger Williams confirme cette manière de voir; pour lui la propagation au péritoine serait exceptionnelle, de 4 à 5 p. 100 dans les autopsies. Il ne faut donc jamais crever ce plafond protecteur ; dans les cancers avancés, le dôme pelvien constitue une barrière infranchissable.

Nous ferons remarquer que cette conception de l'intégrité du dôme pelvien avait été entrevue par Cittadini : « Il est permis, dit cet auteur, de se demander si, dans les récidives d'épithélioma par simple amputation du col, basse ou haute, suivant l'étendue du mal, la présence du dôme utérin n'oppose pas une barrière moins vite franchie à l'extension de la récidive dans le sens nuisible, celle-ci restant uniquement cantonnée dans le tissu cellulaire des paramètres. A bien considérer les statistiques publiées, l'opération partielle a à son actif des résultats qui valent presque ceux de l'hystérectomie vaginale, et la considération que je viens d'émettre est à l'avantage des quelques partisans qui lui restent encore, tels Knowsley Thorton et John Byrne. »

(1) Cittadini, *loco citato*.

Nous espérons que les développements dans lesquels nous sommes entré au sujet de cette conception de l'intégrité du dôme pelvien n'auront pas été inutiles et qu'ils auront jeté quelque clarté sur la valeur thérapeutique des hystérectomies partielles et totales. Toujours est-il qu'une fois de plus nous aurons montré que l'hystérectomie vaginale est l'opération de choix quand elle est indiquée.

TROISIÈME PARTIE

OBSERVATIONS DE M. SEGOND

I.— HYSTÉRECTOMIES VAGINALES TOTALES

Observation 1, *inédite*. — Cancer du corps de l'utérus. H. V. (1) 1888. Mort due à un pincement de l'intestin grêle.

Mme X..., 54 ans, nullipare. Ménopause à 50 ans. Depuis deux ans, elle se plaint de douleurs dans le bas ventre.

Des pertes de sang, avec abondant écoulement séro-sanguinolent, ont commencé il y a 4 mois. Les douleurs sont violentes et l'amaigrissement est très prononcé.

Examen. — L'examen est rendu très difficile par l'étroitesse du vagin, sous le chloroforme on constate que le col est indemne, l'utérus volumineux, dépassant de deux doigts la symphyse pubienne. Le ligament large droit est un peu induré. La mobilité utérine est conservée.

Hystérectomie vaginale le 23 août 1888.

Un curettage pratiqué quelques jours auparavant a permis de retirer quelques détritus qui, à l'examen histologique, ont décélé un épithélioma cylindrique.

L'hystérectomie vaginale fut très laborieuse; le tissu mou et friable de l'utérus se déchirait sous les pinces. La pince à mors plat de M. Quénu fut appliquée pendant environ une demi-heure sur une anse intestinale.

Suites opératoires. — Le quatrième jour, le ventre se ballonne, des matières fécales s'écoulent en grande quantité par le vagin; elle meurt dans la soirée.

Autopsie. — Une anse grêle a subi une perte de substance de la dimension d'une pièce de 1 franc, consécutive à la chute d'une escarre déterminée par la pince de M. Quénu.

(1) Les lettres H. V. signifient *hystérectomie vaginale totale*. Beaucoup d'observations d'hystérectomies vaginales totales ont été résumées.

Observation 2, *inédite*.— Cancer du col ayant dépassé l'isthme. H. V. 1888. Mort six mois après par récidive.

Mme A..., 40 ans, nullipare.

Cancer du col avoisinant les insertions vaginales.

Hystérectomie vaginale le 4 septembre 1888. — L'opération fut laborieuse et les suites normales.

L'examen histologique, pratiqué par M. Latteux, montre un certain nombre de points intéressants. Le néoplasme n'est pas seulement limité au col, il envahit la cavité du corps, s'arrêtant seulement au niveau de l'orifice des trompes et respectant aussi le fond de l'utérus. En épaisseur toute la portion sous-vaginale du col est infiltrée, la zone malade dépasse le cul-de-sac vaginal. A mesure que l'on s'élève vers le fond de l'utérus, l'infiltration de cellules embryonnaires dans les cloisons intermusculaires diminue d'épaisseur graduellement, sans jamais s'interrompre.

La malade mourut de récidive le 25 février 1889, six mois à peine après l'intervention.

Observation 3, *inédite*. — Cancer du col. H. V. 1888. Mort par septicémie.

M. X..., 50 ans.

Cancer du col de l'utérus.

Hystérectomie vaginale en septembre 1888. — La malade mourut 24 heures après de septicémie.

Observation 4, *inédite*. — Cancer du col. H. V. 1888. Mort par récidive 4 ans et 3 mois après.

Mme W..., 35 ans. VI pare. Le début remonte à cinq mois. Cancer du col à forme végétante.

Hystérectomie vaginale le 17 novembre 1888. — Ablation complète de l'utérus et des annexes.

Le 1er décembre se produisit une hémorragie très grave avec prostration inquiétante, qui s'arrêta après un tamponnement solide.

La santé fut parfaite durant 3 ans et demi; vers le milieu de 1892, M. Segond constata une récidive dans les ligaments larges; la cicatrice était indemne. La malade mourut le 14 février 1894, c'est-à-dire 4 ans et 3 mois après l'intervention.

Observation 5, *inédite.*—Cancer du col avec envahissement des culs-de-sac vaginaux. H. V. 1889. Opération palliative dirigée contre les hémorragies.

Mme J..., 35 ans. Cancer du col avec envahissement considérable des culs-de-sac vaginaux. Des hémorragies menaçant l'existence à bref délai, M. Segond se décide à une intervention dirigée contre ce seul symptôme, vu qu'il lui était impossible de dépasser les limites du mal.

Hystérectomie vaginale le 10 septembre 1889.— Opération incomplète au point de vue de l'ablation des parties envahies par le néoplasme.

Durant les deux mois qui suivirent l'opération, la malade vit cesser ses douleurs, les hémorragies ne s'étaient plus montrées. Une fistule vésico-vaginale persista jusqu'à sa mort, qui eut lieu en février 1890, c'est-à-dire six mois après l'intervention. Les douleurs étaient revenues et le néoplasme avait envahi le petit bassin et comprimait le rectum qui sans doute était aussi atteint.

Observation 6, *inédite.*— Epithélioma du col au début. H. V. 1889. Examen histologique pratiqué par M. Lyot. Revue en très bonne santé neuf ans et demi après l'opération.

Mme L..., 42 ans. — Le début remonte à 3 ou 4 mois. Métrorragies abondantes. Epithélioma du col au début, rien du côté des culs-de-sac ni des ligaments larges. Forme ulcérée ayant érodé toute la lèvre postérieure.

Hystérectomie vaginale le 3 octobre 1889. — L'opération dura 50 minutes. L'examen histologique fut pratiqué par M. Lyot. Il existe partout des lésions de métrite chronique et une fibrose qui est plus accentuée au niveau du col que du côté du corps. Même les fibres musculaires ont disparu entièrement à certains endroits du col. L'examen des parties ulcérées démontre un épithélioma pavimenteux du col. Cette ulcération repose sur du tissu fibreux disposé sous forme de lobes entre lesquels pénétraient des bourgeons épithéliaux. Ces bourgeons sont constitués par un épithélium pavimenteux bien caractérisé. On les retrouve à une profondeur de cinq à six millimètres, accompagnés parfois de néoformations capillaires. Des figures très nettes accompagnent l'examen de M. Lyot et ne permettent pas d'avoir le moindre doute.

Cette malade fut revue en 1894 en parfaite santé.

M. Segond revit la malade en février 1899 en très bon état, sans trace de récidive. Il y a donc 9 ans et demi que cette malade fut opérée.

Observation 7, *inédite*. — **Epithélioma du col; forme intra-cervicale avec pyométre. H.V. 1890. Survie de deux ans.**

Mme H..., 60 ans. Ménopause à 56 ans.

Elle a eu quelques hémorragies ; d'ordinaire elle se plaint d'un écoulement sanieux et de douleurs dans le pelvis. L'utérus est mobile, le corps est mou et fait penser au cancer.

Le diagnostic est porté sur le grenu de la cavité cervicale.

Hystérectomie vaginale le 10 avril 1890. — Cancer du col forme intra-cervicale avec pyométrie.

L'examen histologique, confié à M. Thiercelin, vérifia le diagnostic.

Dans les deux mois qui suivirent l'opération, la malade eut une véritable crise d'érotisme. Elle fut revue dix mois après, elle avait beaucoup engraissé et se portait merveilleusement.

Elle mourut en 1892, avec une récidive dans les ligaments larges et dans la cicatrice. La survie fut de près de deux ans.

Observation 8, *inédite*. — **Cancer du corps; forme polypeuse. H. V. 1890. Revue en très bonne santé 9 années après l'opération.**

Mme L..., 60 ans. II pare. Ménopause à 52 ans. — Pendant les sept ou huit années qui ont précédé la cessation de ses règles, la malade eut des métrorragies fréquentes et abondantes. Il y a deux ans, réapparition des métrorragies, en même temps pertes d'eaux rousses, fétides. Depuis 1 an, des douleurs violentes, expulsives avec irradiations dans les cuisses et dans les reins, ne permettent aucune minute de repos. Elles ne sont plus calmées par la morphine. L'appétit a disparu.

Le 30 janvier 1890, M. Schwartz lui fait un curettage qui ne lui procure aucun soulagement.

L'utérus est gros, mobile; le col est sain, entre ses lèvres fait saillie une masse fongueuse qui ressemble à un polype sphacélé.

Hystérectomie vaginale le 18 avril 1890. — M. Segond nettoie d'abord la cavité utérine de la masse polypeuse qui la remplit, elle a le volume d'une orange. L'hystérectomie s'exécute comme d'ordi-

naire, une grande pince sur les ligaments larges, avec une pince de sûreté plus petite.

L'examen histologique, pratiqué par M. Pilliet, démontra la nature épithéliale de ce polype implanté sur le fond de l'utérus.

Elle fut revue en février 1894 et en janvier 1897 en parfait état.

Actuellement, elle est bien portante, sans récidive, c'est-à-dire 9 ans après l'opération.

Observation 9, *inédite*. — **Cancer du col avec pyomètre. H. V. 1890. Mort 15 mois après par récidive.**

Mme T..., 56 ans. IV pare. Ménopause à 44 ans.

Depuis 18 mois, métrorragies, pertes d'eaux rousses peu fétides au dire de la malade. Elle a de légères douleurs depuis six semaines environ.

Léger amaigrissement.

Le col est remplacé par une cavité anfractueuse, saignante, se continuant avec le vagin dont les culs-de-sac sont effacés. La paroi postérieure vaginale présente deux brides saillantes, très dures. Le corps utérin est volumineux, paraît assez mobile.

Hystérectomie vaginale le 28 avril 1890. — Curage préalable qui enlève les fongosités du col; en pénétrant dans la cavité du corps, la curette donne issue à un demi-verre de pus fétide, épais, bien lié. M. Segond introduit le doigt dans la cavité utérine vidée et parvient à faire descendre l'utérus en recourbant en crochet le doigt derrière l'isthme. Rien de particulier à signaler dans le cours de l'intervention.

Suites. — Elle a eu neuf mois de santé parfaite, puis les pertes de sang et les douleurs sont revenues. Elle est morte en juillet 1891, c'est-à-dire 15 mois après l'opération de récidive.

L'examen de la pièce anatomique avait montré que c'était un épithéliome lobulé de l'utérus. La lésion n'avait pas pénétré jusque dans la région du corps; elle s'était arrêtée à l'isthme.

Observation 10, *inédite*. — **Cancer du col utérin coexistant avec une grossesse de 3 mois 1/2, et un épithélioma végétant de la face antérieure du rectum. H. V. 1890. Mort par péritonite le 3e jour.**

Mme L..., 32 ans. II pare.

Depuis trois ans, écoulement vaginal séro-purulent abondant et

fétide, suivi de métrorragies, avec douleurs vives s'irradiant vers les reins et les membres inférieurs. Amaigrissement progressif.

Epithélioma du col utérin avec léger envahissement du cul-de-sac latéral gauche et de la paroi recto-vaginale. Le corps utérin est volumineux, remonte à trois travers de doigt au-dessus du pubis.

La malade se dit enceinte de trois mois.

Hystérectomie vaginale le 24 mai 1890. —L'ouverture du cul-de-sac postérieur est extrêmement laborieuse; on ne peut faire basculer l'utérus qu'après l'avoir vidé de son contenu (un fœtus de trois mois 1/2, 4 mois). Une fois l'utérus enlevé, M. Segond constate un épithélioma végétant de la face antérieure du rectum, il parvient à l'enlever complètement. L'opération fut très longue et très difficile.

La malade mourut le troisième jour de péritonite.

L'examen histologique avait vérifié le diagnostic.

Observation 11, *inédite*. — **Cancer du corps avec petit fibrôme. H. V. 1890. Sans ablation d'annexes. Etat de santé parfait 4 ans et 4 mois après l'opération.**

Mme D..., 60 ans. Ménopause à 54 ans. Aucun passé génital.

Il y a six mois apparition de coliques violentes avec douleurs lombaires intenses. En même temps, métrorragies presque continuelles et dans l'intervalle pertes séro-sanguinolentes fétides.

Le 3 juin 1890, M. Segond lui fait un curettage explorateur, les débris examinés par M. Cornil lui permettent de conclure à l'épithélioma.

Hystérectomie vaginale le 6 juin 1890. — Cancer du corps avec petit fibrôme du volume d'un œuf situé dans la paroi postérieure. Les annexes ne sont pas enlevées.

Escarre sacrée au 18e jour. La malade fut revue d'abord six mois après, puis en février 1894 dans un état de santé parfaite; c'est-à-dire 4 ans et 4 mois après l'opération.

Observation 12, *inédite*. — **Cancer du col avec entreprise du ligament large gauche. H. V. 1890. Mort en pleine récidive par pneumonie franche.**

Mme B..., 39 ans. Réglée à 12 ans. Elle eut 9 enfants qui sont bien portants et qu'elle a nourris, de telle sorte que, depuis l'âge de 15 ans, elle n'a eu ses règles que cinq ou six fois.

Il y a un an, à la suite de son dernier accouchement, elle se plaignit de sensation de pesanteur dans le bas ventre. Depuis 4 mois les souffrances ont augmenté, le coït donne lieu à de petites hémorragies. Le Dr PLANTEAU, consulté, reconnaît un épithélioma, il enlève un fragment qui à l'examen histologique confirme le diagnostic. La malade offre les apparences d'un état de santé parfaite.

A l'examen on trouve un col utérin dur, bosselé, dont les fongosités saignent au moindre contact. Il existe une fusée néoplasique du côté du ligament large gauche.

Hystérectomie vaginale le 2 août 1890. — L'utérus a été facilement enlevé. M. SEGOND explore avec le doigt l'étendue du prolongement du cancer vers le ligament large gauche. Ce prolongement s'étend jusqu'aux parois du bassin et remonte très haut dans le ligament. M. SEGOND peut placer une pince qui paraît dépasser les limites du mal.

Suites. — Au 20e jour on constatait une récidive dans le moignon du ligament large gauche; l'état général ne s'était pas altéré.

Elle est morte en pleine récidive, 4 mois après l'opération, de pneumonie franche.

L'examen histologique de la pièce montra que le néoplasme n'avait pas dépassé l'isthme, et que, dans la zone envahie, il y avait de véritables épanchements sanguins.

OBSERVATION 13, *inédite.* — Cancer du corps. H. V. 1890. — Guérison opératoire.

Mme L..., 58 ans.

Le diagnostic fut fait au moment de l'intervention par le curettage et le toucher intra-utérin qui décela un énorme champignon implanté sur le fond de l'utérus. Le col est sain.

Hystérectomie vaginale le 24 septembre 1890. — Elle ne présente rien de particulier, elle est pratiquée par morcellement et suivant le mode habituel avec ablation des annexes.

La malade sortit bien portante de l'hôpital; elle n'a pu être revue. A l'examen histologique on a trouvé que le néoplasme rentrait dans les carcinômes.

OBSERVATION 14, *inédite.* — Cancer du col, variété bourgeonnante. H. V. 1890. Morcellement. Guérison opératoire.

Mme X..., 42 ans.

Cancer du col en forme de champignon.

Hystérectomie vaginale le 8 octobre 1890. — Le col est énorme, friable, l'utérus est enlevé par morcellement.

Durant l'opération, le rectum fut déchiré sur une petite étendue; la cicatrisation se fit spontanément.

Observation 15, *inédite*. — Cancer du col. Variété bourgeonnante. H. V. 1890. Mort le premier jour par shock.

Mme H..., 41 ans. Quatre grossesses à terme, puis trois fausses couches de 6 mois, et 8 mois, la dernière à 35 ans.

Il y a 7 mois, à partir de mai 1890, les règles devinrent irrégulières et extrêmement abondantes (15 jours chaque mois). Dans l'intervalle pertes roussâtres, fétides. Depuis six mois la malade s'est très affaiblie, depuis deux mois elle ne quitte pas le lit.

Elle est très débilitée, d'une pâleur de cire et se plaint de troubles digestifs.

A l'examen on trouve un champignon énorme qui remplit tout le vagin, le doigt peut le circonscrire et reconnaître l'intégrité des parois vaginales.

Hystérectomie vaginale le 8 novembre 1890. — La malade perdit relativement peu de sang, le champignon cancéreux était inséré sur le col. Le soir le pouls était d'une faiblesse extrême et rapide (160). Elle mourut dans la nuit sans réaction, de shock, vu le complet épuisement hémorragique dans lequel cette femme fut opérée.

L'examen histologique rattacha cette tumeur au type carcinôme. Les préparations montraient une particularité : au milieu de cellules embryonnaires se trouvaient de larges espaces lymphatiques béants.

Observation 16, *inédite*. — Cancer du col. H. V. 1890. Mort six mois après.

M. J..., 51 ans. Cancer du col.

Hystérectomie vaginale le 10 novembre 1890. — Ablation totale de l'utérus et des annexes.

La malade est morte six mois après, de récidive.

Observation 17, *inédite*. — Cancer du col avec envahissement du ligament large gauche et du vagin. H. V. 1890. Mort par hémorragie 60 heures après l'intervention.

Mme H..., 35 ans. II pare, plus une fausse couche de 5 mois à 25 ans. Depuis ce moment, elle souffre dans le bas ventre, et sur-

tout à l'apparition de ses règles. En mai 1890, il y a six mois, les douleurs ont augmenté et les règles sont devenues irrégulières. Pertes très fréquentes et très abondantes durant deux ou trois semaines ; dans leur intervalle, qui est très minime, pertes rousses sentant très mauvais. La malade qui est amaigrie est pourtant d'aspect vigoureux.

Le eol est ulcéré avec des bourgeons qui saignent facilement. L'utérus est mobile, le cul-de-sac latéral gauche et le vagin à cet endroit commencent à être envahis.

Hystérectomie vaginale le 15 novembre 1890. — L'hémostase est assez facile, excepté au niveau de la tranche vaginale envahie qui est enlevée. L'utérus est retiré en entier et d'un seul bloe, les annexes sont laissées en place.

Le soir, hémorragie considérable avec syncope; le lendemain deuxième hémorragie faible. Quarante-huit heures après, les pinces sont enlevées, une heure après leur ablation une nouvelle hémorragie se produit, elle est arrêtée par le tamponnement, mais la malade, qui est dans un état de faiblesse extrême, meurt dans la nuit.

OBSERVATION 18, *inédite*. — **Cancer du col avec entreprise légère du cul-de-sac antérieur. H. V. 1890. Guérison opératoire.**

Mme T..., 60 ans. II pare. Ménopause à 50 ans.

Début il y a 3 mois par des pertes sanguines revenant après la fatigue ou la marche, pertes d'eaux rousses à odeur fétide dans l'intervalle. Amaigrissement depuis un mois, l'appétit est bon, l'état général satisfaisant.

Le col utérin est entr'ouvert, ses deux lèvres ulcérées sont en partie détruites et remplacées par une sorte de cupule à bords durs. Le sillon qui sépare le col de la partie vaginale semble intact sur toute son étendue ; pourtant, dans le cul-de-sac antérieur, l'induration s'avance jusqu'au point d'insertion de la paroi vaginale sur le col. L'utérus est mobile.

Hystérectonie vaginale le 29 novembre 1890. — Le cul-de-sae postérieur est ouvert avec une grande facilité; il n'en est pas de même de l'antérieur. Le tissu utérin est extrêmement friable, les pinces dérapent à la moindre traction. Il reste à la face utérine de la vessie du tissu fongueux qui saigne abondamment et sur lequel on

place 5 ou 6 pinces hémostatiques ; ce tissu semble être de mauvaise nature.

Un mois après, la malade quitte l'hôpital en bonne santé et sans rien d'apparent du côté de la cicatrice. Elle ne put être suivie, mais tout porte à croire que la récidive dut être rapide, vu les conditions opératoires.

Observation 19, *inédite*. — Cancer du corps avec quatre petits fibrômes du volume d'une noix. H. V. 1890. — Survie de deux ans et neuf mois.

Mme M..., 60 ans, nullipare. Ménopause à 45 ans.

A 60 ans, apparition de métrorragies et dans l'intervalle écoulement fétide séro-purulent. Le toucher intra-utérin après dilatation fait reconnaître la présence d'un polype mou implanté sur le fond de l'organe.

Hystérectomie vaginale le 27 décembre 1890. — Ablation d'un cancer du corps avec quatre petits fibrômes interstitiels du volume d'une noix.

La malade est morte au mois de septembre 1893 ; deux ans et 9 mois après l'intervention.

Observation 20, *inédite*.— Cancer du corps. H. V. 1891. Au bout de cinq mois, constatation de la récidive, et au bout de 10, mort.

Mme N .., 39 ans, II pare. Troubles de métrite depuis son dernier accouchement, qui eut lieu il y a 15 ans ; leucorrhée très abondante et règles prolongées.

Depuis novembre 90, c'est-à-dire depuis 4 mois, les pertes de sang sont devenues profuses, même la malade a été forcée de s'aliter. Elle est très anémiée.

Col indemne, les lésions sont absolument localisées à l'utérus, il n'y a rien dans les parties voisines. On constate en outre l'existence d'un kyste de la paroi antérieure du vagin.

Hystérectomie vaginale le 24 février 1891. — L'opération fut facile, dura 20 minutes. Les suites immédiates furent excellentes. Le kyste du vagin fut enlevé le 24 mars 91.

L'examen histologique démontra l'existence d'un carcinôme, même la proportion relativement minime du tissu conjonctif par rapport aux ilôts de cellules donnait à la tumeur le caractère encé-

phaloïde. Dans certains endroits on observait du ramollissement avec dégénérescence granulo-graisseuse.

La santé fut parfaite jusque dans le courant de juillet, puis, les hémorragies ayant recommencé, la malade alla en déclinant. Elle mourut le 7 décembre 1891 avec des troubles péritonéaux. Donc constatation de la récidive 5 mois après l'intervention, et mort 10 mois après l'opération.

Observation 21, *inédite*. — **Cancer du col ayant envahi les ligaments larges. H. V. d'urgence par crainte de perforation utérine. Mort par péritonite le 3e jour.**

Mlle K..., 41 ans.

Ménorragies depuis 18 mois, et depuis le mois de janvier 1891 métrorragies entrecoupées de pertes roussâtres extrêmement fétides. Le col est ulcéré, il y a des végétations sur la lèvre postérieure et rien sur l'antérieure. L'utérus est volumineux, fixé, adhérent à la vessie, les ligaments larges sont envahis par le néoplasme. La cavité utérine est remplie de fongosités qui saignent facilement.

Hystérectomie vaginale d'urgence le 12 mars 1891. —La malade est endormie pour un curettage; durant celui-ci elle perd brusquement une légère quantité de sérosité. M. Segond songe à un hydromètre ou à une perforation utérine. D'urgence il fait l'hystérectomie vaginale avec des instruments d'une stérilisation douteuse. Hystérectomie par morcellement, opération facile; hydrosalpinx dans le Douglas. La malade meurt le soir du 3e jour après des phénomènes de péritonite : ballonnement du ventre, délire, vomissements verdâtres.

A l'examen miscrocopique, on trouve le type classique de l'épithélioma lobulé à globes épidermiques.

Observation 22, *inédite*. — **Cancer du corps. H. V. 1891. Mort par récidive 1 an et 8 mois après l'opération.**

Mme N..., 52 ans, II pare. Ménopause à 46 ans.

Depuis 8 mois, la malade a des métrorragies abondantes, elles sont devenues quotidiennes depuis 4 mois.

Un premier curettage lui est fait à la fin de l'année 1890, sans amélioration.

M. Segond lui pratique un autre curettage le 9 mars 1891, l'examen des débris révèle la nature néoplasique.

L'utérus est volumineux, mobile, les lésions sont limitées au corps, il n'y a rien au col.

Hystérectomie vaginale le 13 mars 1891. — L'utérus est très abaissable, l'opération est facile par morcellement.

L'examen de la pièce démontra de nouveau la nature épithéliale de l'affection.

La malade est morte en novembre 1892, après de longues et intolérables souffrances. Nous ne pouvons fixer la date d'apparition de la récidive. La survie après l'opération fut de 1 an 8 mois.

Observation 23, *inédite*. — **Cancer du col au début. H. V. 1891. Guérison opératoire. Pas de renseignements éloignés.**

Mme W..., 50 ans, II parc.

Début des accidents en janvier 1891, par des douleurs dans le bas ventre ; le col est ulcéré, grenu, ne saignant pas. Cette malade est revue à la fin de mars, on fait le diagnostic d'épithélioma du col au début. Utérus très mobile, rien dans le paramètre.

Hystérectomie vaginale le 29 avril 1891. — Opération facile.

Au 9e jour des phénomènes de péritonite localisée au petit bassin se montrèrent et cédèrent rapidement.

La malade n'a pu être suivie.

Observation 24, *inédite*. — **Cancer du col avec perte de la mobilité utérine et envahissement de la paroi vésicale. H. V. 1891, dirigée contre les hémorragies. Mort le 9e jour par septicémie péritonéale.**

Mme L..., 45 ans. 6 grossesses normales, la première suivie d'un début de péritonite, et deux fausses couches. Dans l'intervalle de ses règles, leucorrhée très abondante.

Le début remonte à 6 mois, métrorragies très abondantes qui depuis deux mois sont ininterrompues. Il n'y a pas d'écoulement fétide.

L'utérus est volumineux, sans sensibilité et immobilisé. Une petite masse fongueuse fait hernie au niveau de l'orifice externe. Quoique la lésion ne soit pas limitée à l'utérus, M. Segond se décide à l'hystérectomie pour arrêter les hémorragies.

Hystérectomie vaginale le 21 mai 1891. — Procédé habituel, la paroi vésicale est envahie par la néoplasie.

Carcinôme de l'utérus à l'examen histologique. Il existait des points de ramollissement, indiquant une évolution d'assez longue durée et d'un pronostic grave.

La malade mourut le 9e jour avec des troubles de septicémie péritonéale. Elle eut de nombreux vomissements sans ballonnement du ventre, un pouls battant à 130, et une température de 37,5 à 38.

Observation 25, *inédite*. — **Cancer du col. H. V. 1891. Mort par récidive six mois après.**

Mme Th..., 37 ans.

Cancer du col.

Hystérectomie vaginale le 12 juin 1891. — Morcellement.

La récidive est constatée en septembre 1891, et la mort survient 3 mois plus tard.

La malade resta donc 3 mois bien portante et mourut six mois après l'opération.

Observation 26, *inédite*. — **Cancer du col. H. V. 1891. Malade revue deux ans et dix mois après, sans récidive.**

Mme J..., 53 ans. I pare. Ménopause à 51 ans.

Hémorragies depuis 1 an très fréquentes, et depuis six mois douleurs violentes dans le côté droit. Hématémèses. Rappelons que son père est mort à 75 ans d'un cancer de la lèvre supérieure propagé au maxillaire.

L'orifice externe du col est un peu irrégulier à cause de la saillie de la lèvre postérieure et de l'ulcération de la lèvre antérieure. Les culs-de-sac sont libres.

Hystérectomie vaginale le 11 août 1891. — Rien à signaler.

M. Segond revit la malade le 27 février 1894, la cicatrice vaginale était souple, l'état local parfait sans trace de récidive, c'est-à-dire deux ans et dix mois après l'opération. Elle était atteinte de pyonéphrose droite.

Observation 27, *inédite*. — **Cancer du col. H. V. 1891. Vivante sans récidive 2 ans et dix mois après.**

Mlle P..., 45 ans.

Cancer du col ; diagnostic certain, examen histologique pratiqué.

Hystérectomie vaginale le 18 août 1891. — Les ovaires sont laissés.

M. Segond revit la malade en février 1894 en parfaite santé, deux ans et dix mois après l'intervention.

Observation 28, *inédite*. — **Cancer du col. H. V. 1891. Mort par récidive un an et huit mois après.**

Mme F..., 52 ans. V pare.

Le début de l'affection paraît remonter à 3 mois ; quelques pertes blanches, mais des pertes rouges continuelles peu importantes.

Au toucher, le col est inégalement bosselé, très friable, saignant ; les culs-de-sac sont libres.

Hystérectomie vaginale le 26 août 1891. — La première étape est difficile à cause de la friabilité du col ; l'opération ne présenta pas d'autres particularités. Les annexes furent laissées en place.

La malade est morte de récidive le 7 mars 1893, 1 an et 8 mois après l'intervention.

Observation 29, *inédite*. — **Cancer du col caché par un petit fibrôme. H. V. 1891. Guérison opératoire.**

Mme A..., 60 ans, II pare. Ménopause à 43 ans.

Le début remonte à 8 mois ; pertes rouges d'abord peu abondantes et qui ont continuellement augmenté ; dans leur intervalle écoulement séro-sanguinolent non fétide. Il y a trois mois des douleurs intermittentes se sont montrées. L'état général est bon.

On sent, au fond du vagin, une tumeur dure à surface grenue, de forme ronde et du volume d'un petit œuf. On arrive difficilement sur le col qui paraît sain, avec orifice dilaté. L'utérus est mobile. Diagnostic : fibrôme.

Hystérectomie vaginale le 29 août 1891. — On enlève le fibrôme d'un coup de ciseau, alors apparaît le col irrégulier, mamelonné, saignant et se déchirant très facilement sous la pince. Le col est nettement cancéreux. M. Segond procède à l'hystérectomie vaginale.

Guérison opératoire; on ne put avoir des nouvelles de la malade.

Epithélioma lobulé du col de l'utérus à l'examen histologique.

Observation 30, *inédite*.— **Cancer du col forme bourgeonnante. H. V. 1891. Guérison opératoire.**

Mme G..., 48 ans, nullipare, sans fausses couches. Ménopause à 45 ans.

Il y a dix mois, la malade eut une perte de sang qui dura huit jours et cessa. Elle fut suivie d'un écoulement blanchâtre continu. Un mois après deuxième métrorragie, plus abondante que la première, puis, durant 4 mois, pertes blanches. Ces deux derniers mois, des douleurs se sont montrées, et les pertes de sang sont plus fréquentes sans être abondantes. La malade a maigri et perdu l'appétit.

Au toucher, le col a la forme d'un champignon irrégulier et dur; son orifice est ouvert, sa surface interne est tapissée de petits champignons également durs. L'utérus est mobile. Rien dans les culs-de-sac, ou dans les ligaments larges.

Hystérectomie vaginale le 12 septembre 1891. — Opération assez simple malgré la friabilité du col. Bascule en arrière du fond.

L'examen histologique décela la nature épithéliale de l'affection, de plus l'infiltration néoplasique s'étendait à une distance considérable dans l'épaisseur de l'organe; il s'agissait donc d'une forme très grave par suite de sa tendance à s'irradier dans toutes les directions.

La malade sortit en très bonne santé de l'hôpital, on ne put la revoir, ni avoir de ses nouvelles.

Observation 31, *inédite.* — **Cancer du corps, forme polypeuse. H. V. 1891. La récidive apparaît 7 ans après l'opération.**

Mme D... 51 ans.

Néoplasme du corps. Le col est intact. Le curettage précédant l'hystérectomie montre une cavité corporelle remplie par une masse néoplasique qui vient comme un polype faire saillie dans la cavité du col.

Hystérectomie vaginale le 1er octobre 1891. — L'abaissement ne se fait que vers la fin de l'opération; durée 35 minutes.

Le diagnostic du cancer fut vérifié histologiquement.

Du 2e au 3e jour, la malade fut prise d'une agitation extrême, elle eut 39° de température, et la langue sèche; puis tout rentra dans l'ordre.

M. Segond revit la malade en février 1894 en parfait état. Actuellement, en février 1899, la santé générale est encore bonne, mais depuis six mois M. Segond constate une récidive au niveau de la cicatrice. La malade resta donc sept années sans récidive, et ce n'est qu'après la septième écoulée que la récidive se montra.

Observation 32, *inédite.* — **Cancer du col à l'âge de 24 ans. H. V. 1892. Mort neuf mois après, par récidive.**

Mme H..., 24 ans, nullipare, sans fausses couches.

Début il y a 4 mois par des pertes de sang et des douleurs pelviennes. Les métrorragies ont augmenté, et l'écoulement sanguinolent est fétide. Les douleurs n'existent que dans la station debout ou dans la marche.

L'orifice externe est envahi par le néoplasme; il est irrégulier, dur, saigne facilement. Rien aux ligaments larges, ni dans les culs-de-sac.

Hystérectomie vaginale le 21 octobre 1891. — Aucune particularité.

La malade fut revue en pleine récidive au mois de juillet 1892, récidive dans la cicatrice ; elle mourut dans le cours de ce mois.

Observation 23, *inédite.* — **Cancer du col avec envahissement de la paroi vésicale. H. V. 1891. Fistule vésico-vaginale qui persista. Mort par récidive 8 mois après.**

Mme T..., 50 ans, II pare. Ménopause à 48 ans.

Cancer du col.

Hystérectomie vaginale le 17 novembre 1891. — Ablation par bascule en arrière. La vessie est perforée durant les tentatives d'ablation d'une partie de la paroi vésico-vaginale. Suture à la soie de cette déchirure, 4 points.

La malade guérit avec une fistule vésico-vaginale qui ne se ferma pas. Elle mourut huit mois après de récidive à ce niveau.

Observation 34, *inédite.* — **Cancer du col. H. V. 1891. Guérison opératoire.**

Mme B..., 46 ans.

Cancer du col.

Hystérectomie vaginale le 14 décembre 1891. — Bascule dans le cul-de-sac antérieur. Guérison opératoire.

Observation 35, *inédite.* — **Cancer du col. H. V. 1892. La récidive est constatée 1 an et deux mois après l'intervention, la malade meurt 7 mois plus tard.**

Mme H..., 38 ans, II pare.

Depuis 6 mois les règles sont plus abondantes, suivies de pertes blanches, puis métrorragies continuelles depuis trois mois. La malade ne souffre pas, n'est pas amaigrie, elle a perdu l'appétit.

Le col est irrégulier, dur, bourgeonnant ; l'orifice est caché par des végétations. Le néoplasme s'étend plus en arrière qu'en avant, les culs-de sac sont souples, non douloureux ; l'utérus est mobile, on ne sent aucune induration dans les ligaments larges.

Hystérectomie vaginale le 25 janvier 1892. — Pincement préalable de l'étage inférieur des ligaments larges, et le col est enlevé dans la première étape du morcellement. Bascule postérieure de l'utérus ;

M. Segond termine en détachant l'utérus de la vessie. Durée 22 minutes.

M. Segond constate la récidive dans la cicatrice en mars 1893, un an et deux mois après l'opération ; la malade est morte en octobre 1893, un an et neuf mois après l'intervention.

Observation 36, *inédite.* — **Pyosalpinx double. Cancer du corps de l'utérus. Opération de Péan. Guérison.**

Mme N..., 42 ans. Service de M. Nicaise à l'hôpital Laënnec. Diagnostic posé : Pyosalpinx double, datant de plusieurs années.

Hystérectomie vaginale le 29 avril 1892. — Deux étapes de morcellement, puis évidement du fond de l'organe ramolli par un cancer au début. Ouverture de deux énormes collections de pus extrêmement fétide.

Guérison opératoire. La malade n'a pas été revue.

Observation 37, *inédite.* — **Cancer du col limité. H. V. 1892. Récidive constatée deux mois après, et mort 4 mois après l'opération.**

Mme J..., 30 ans.

Métrorragies et écoulement séro-sanguinolent, pas de douleur.

Cancer du col limité sans envahissement des culs-de-sac, ni des ligaments larges.

Hystérectomie vaginale le 27 juin 1892. — L'utérus est très abaissable, l'opération facile. L'ovaire gauche est laissé en place.

Le 15 août 1892, on trouve un noyau cancéreux au niveau de la cicatrice ; en septembre elle se fait soigner d'une pleurésie dont elle guérit ; elle meurt en octobre 1892.

Observation 38, *inédite.* — **Cancer du col. Pyomètre. H. V. 1892. Guérison opératoire.**

Mme G..., 61 ans, I pare. Ménopause à 54 ans. Elle fut soignée à cet âge pour une ulcération du col.

Epithélioma du col.

Hystérectomie vaginale le 17 juillet 1892. — Ablation de l'utérus et des annexes. Pyomètre.

Guérison opératoire. La malade n'a pas été revue.

Observation 39, *inédite.* — **Cancer du corps et petit fibrôme interstitiel. H. V. 1892. Mort par récidive 7 mois après.**

Mme G..., 51 ans.

Cancer du corps. Epithélioma et petit fibrôme interstitiel.

Hystérectomie vaginale le 24 août 1892. — Durée 3/4 d'heure.

La malade mourut de récidive au niveau de la cicatrice, le 8 mars 1893.

Observation 40, *inédite*. — **Cancer du corps avec polype de la cavité cervicale. H. V. 1892. La récidive se montre 5 mois après, et la mort arrive au 10e mois.**

Mme L..., 53 ans, II pare. De 1885 à 1890, l'apparition des règles fut très irrégulière, elle restait 3 à 4 mois, même six mois sans les voir. Durant l'année 1890, donc à 51 ans, elle eut des métrorragies très abondantes, qui cessèrent en partie dans le cours de l'année 1891. En même temps des douleurs lombaires et dans la fosse iliaque droite se montrèrent. En janvier et février 1892, les métrorragies reprirent et furent suivies d'un écoulement roussâtre. Le 2 avril 1892, un polype fibreux lui est enlevé à Saint-Louis, les six mois qui suivirent, l'état de la malade fut excellent. Au mois d'octobre 1892, les douleurs réapparurent et devinrent violentes. Un écoulement blanc jaunâtre, sanguinolent, tachait ses linges. Métrorragies au mois de novembre. Un peu d'albumine et de pus dans les urines.

Curettage le 10 décembre 1892. L'hystéromètre donne sept centimètres. La présence d'un polype fibreux engagé dans le col avait d'abord fait songer à une tumeur fibreuse, mais la grande quantité de fongosités accumulées dans le fond de l'utérus et ramenées par la curette permirent à M. Segond de porter le diagnostic de néoplasme.

Hystérectomie vaginale le 17 décembre 1892. — Nouveau curettage préalable. L'utérus s'abaisse facilement et les annexes saines sont enlevées. Les ligaments larges paraissent indemnes. Le cancer du corps ne semble pas avoir dépassé l'isthme et les limites de l'organe.

Jusqu'en mai 1893, l'état général de la malade s'était amélioré, sans que pourtant les douleurs dans la région rénale aient cessé. A partir du 15 mai, les douleurs augmentèrent et se localisèrent dans le bas-ventre et le côté droit. Elle s'alita complètement au mois d'août, son ventre avait grossi surtout du côté droit, et elle souffrait beaucoup. Elle mourut le 17 octobre 1893.

Observation 41, *inédite*. — Cancer du col avec pyomètre. H. V. 1893. Mort le 4e jour par septicémie péritonéale.

Mme D..., 36 ans, II parc. Aucun trouble utérin. Il y a trois mois, les règles devinrent très abondantes, et l'écoulement sanguin fut difficile à arrêter. Il se reproduit à tous les retours des règles et dans l'intervalle la malade perd un liquide roussâtre, sanguinolent, très fétide. Elle se plaint en outre de douleurs lombaires et de sensation de pesanteur dans le bassin.

A l'examen, on trouve un col gros, entr'ouvert, recouvert de végétations papillaires au niveau de l'orifice externe. Le cul-de-sac latéral gauche est un peu entrepris. L'utérus est très mobile, facilement abaissable.

Hystérectomie vaginale le 19 janvier 1893. — Au début, la friabilité du col fut une gêne; quand il fut dépassé, l'opération fut facile. Hémisection antérieure; bascule en avant de l'utérus. M. Segond ouvre un petit foyer purulent situé dans la cavité du corps. Le ligament large gauche légèrement infiltré est réséqué.

Au 2e jour, ballonnement du ventre, ni selles, ni gaz. Au 4e jour, un seul vomissement; elle meurt le 23 janvier avec un pouls filiforme sans fièvre. A l'autopsie, lésions de septicémie péritonéale.

Observation 42, *inédite*. — Cancer du col. H. V. 1893. Revue dix mois après, en parfait état.

Mme R..., 50 ans.

Cancer du col au début.

Hystérectomie vaginale le 3 mai 1893.

La malade fut revue en février 1894, elle jouissait d'une santé parfaite.

Observation 43, *inédite*. — Cancer du corps. H. V. 1893. Revue six mois après sans récidive.

Mme M..., 48 ans, IV pare. Elle n'eut jamais de troubles du côté des organes génitaux. Début dans le courant de 1890 par des métrorragies abondantes; en 1891, les pertes de sang devinrent continuelles, parfois deux à trois jours de répit durant lesquels écoulement sanieux. A part un peu de faiblesse, la malade a gardé une bonne santé générale.

M. Segond lui fait un curettage le 10 janvier 1894. Au mois de février, les métrorragies reviennent très abondantes, accompagnées d'écoulement jaunâtre, fétide.

Hystérectomie vaginale le 7 juin 1893. — L'hystérométrie donne 11 centimètres de profondeur. Le curettage ramène des fongosités d'aspect manifestement cancéreux. Hystérectomie par le procédé habituel. Amputation du col après création de deux valves.

Le morcellement est inutile, l'utérus bascule facilement en avant, il est enlevé en un seul bloc. Ablation des annexes, qui ont des lésions anciennes d'annexites et péri-annexites.

Végétations nombreuses sur le fond de l'utérus, le néoplasme n'a pas dépassé les limites de l'organe. L'examen histologique fut pratiqué par M. Cazin, il confirma la nature maligne de la maladie.

Dans les suites immédiates, nous avons à signaler une stomatite aphteuse au 5e jour et qui guérit facilement, puis une hémorragie assez abondante le 16e jour après l'opération. Elle fut accompagnée de lypothimies, sueurs, tendance au refroidissement.

La malade fut revue en novembre 1893, sans trace de récidive.

Observation 44, *inédite*. — **Cancer du col et du corps. H. V. 1893. Guérison opératoire.**

Mme D..., 42 ans, multipare, sans fausse couche. Jamais de troubles du côté de l'utérus.

Début il y a un an par perte de sang dans l'intervalle des règles. Depuis le mois d'octobre 1892, la malade est toujours dans le sang. Sa santé générale n'est pas altérée.

Au toucher, on trouve un col utérin dont les deux lèvres, très augmentées de volume, ne forment plus que deux masses bourgeonnantes et mamelonnées. Elles sont fongueuses et dures dans la profondeur, et saignent facilement.

Hystérectomie vaginale le 15 juin 1893. — Ablation de l'utérus et des annexes du côté droit seulement; hémo-salpinx de ce côté.

Guérison opératoire.

Observation 45, *inédite*. — **Cancer du col. H. V. 1893. Très bonne santé durant au moins six mois, mort par récidive 1 an et 1 mois après l'intervention.**

Mme M..., 43 ans.

Cancer du col de l'utérus.

Hystérectomie vaginale le 17 juin 1893.

La malade fut revue le 2 décembre 1893 resplendissante de santé. Elle mourut de récidive le 27 juillet 1894.

Observation 46, *inédite*. — Cancer du col avec envahissement du cul-de-sac postérieur. H. V. 1893. Guérison opératoire.

Mme L..., 34 ans.

La malade a subi un curettage le 19 avril 1893 pour des pertes de sang. Elle ne fut pas améliorée, des métrorragies abondantes alternaient avec un écoulement roussâtre et fétide. En même temps apparaissaient des douleurs abdominales assez vives calmées seulement par le repos. L'état général est satisfaisant.

Au toucher, on sent le col complètement envahi par l'épithélioma. Le doigt s'introduit dans une grande cavité anfractueuse ; ce qui reste de l'utérus est peu mobile, le cul-de-sac postérieur est envahi.

Hystérectomie vaginale le 5 juillet 1893. — Le dégagement du col est très difficile à cause de sa friabilité excessive. Hémisection antérieure, ablation de l'utérus et des annexes.

A l'examen des pièces, on voit que le col est complètement envahi, mais le corps est indemne. Ovaire scléro-kystique à droite et à gauche.

Guérison opératoire.

Observation 47, *inédite*. — Cancer du col avec entreprise du ligament large. H. V. 1893. Opération incomplète, mort 8 mois après.

Mme H..., 50 ans.

Cancer du col.

Hystérectomie vaginale le 26 juillet 1893. — Hémisection antérieure. Les annexes sont laissées en place. Il est impossible d'enlever une fusée située dans le ligament large gauche.

Amélioration durant deux mois, puis la récidive se montre et la mort arrive le 24 mars 1893.

Observation 48, *inédite*. — Cancer du col avec envahissement des parties avoisinantes. H. V. 1893. Guérison opératoire.

Mme L..., 35 ans, V pare et une fausse couche.

Depuis décembre 1891, menstruation irrégulière avec quelques pertes blanches.

Il y a six mois, les pertes rouges et blanches devinrent abondantes ; en même temps, la malade souffre dans le ventre et dans les reins.

Au toucher on trouve l'utérus gros, en rétroversion. Le col est transformé en une masse de fongosités saignant très facilement au moindre contact.

Hystérectomie vaginale le 2 août 1893. — Hémisection antérieure. M. Segond constate que le cancer est à peu près inopérable. Ablation totale de l'utérus et des annexes droites seulement. L'hémostase fut difficile.

Elle sort de l'hôpital le 25 août 1893 très améliorée.

Observation 49, *inédite*. — **Cancer du col avec envahissement du cul-de-sac latéral droit et de la paroi vaginale correspondante. H. V. 1893. Guérison opératoire.**

Mme J...,60 ans. Une de ses sœurs est morte d'un cancer de la face. VII pare, 1 fausse couche. Ménopause à 50 ans.

Il y a un an, la malade en allant à la selle s'aperçut qu'elle perdait quelques gouttes de sang par le vagin ; cet état persista durant six mois ; en janvier 1893, des douleurs abdominales survinrent par crises accompagnées de métrorragies. Vers le mois de juin, aggravation de tous ces symptômes.

Au toucher, on trouve un col en partie détruit par le néoplasme, le doigt s'engage dans une grande cavité anfractueuse dont le pourtour est d'une dureté ligneuse. Le cul-de-sac latéral droit et la paroi vaginale correspondante sont envahis par le cancer.

Hystérectomie vaginale le 9 août 1893, par hémisection antérieure.

Guérison opératoire.

Observation 50, *inédite*. — **Cancer du corps. H. V. 1893. Guérison opératoire.**

Mme B..., 48 ans, I pare. La malade a toujours eu des pertes blanches.

Il y a 20 mois la malade fut prise subitement de douleurs abdominales très vives beaucoup plus marquées du côté gauche, avec irradiations dans les cuisses. Ces douleurs apparaissent durant les règles. Ces dernières ont augmenté de durée et elles sont suivies d'un écoulement jaunâtre peu fétide. Ces troubles persistent avec très peu de répit. Elle a conservé un aspect robuste. A l'examen, on trouve un utérus gros, mobile. Le col est dur, entr'ouvert avec ectropion de la lèvre antérieure.

Hystérectomie vaginale le 30 août 1893. — L'hystéromètre mesure 12 centimètres ; le curettage ramène beaucoup de fongosités et de débris épithéliaux d'aspect cancéreux.

Amputation du col après l'avoir divisé en deux valves. L'abaissement du corps est assez difficile à cause de sa grande friabilité; hémisection antérieure, puis bascule en avant. Ablation totale de l'utérus et des annexes.

L'utérus est très gros. La cavité du corps est complètement envahie par le cancer. De nombreuses végétations en choux-fleurs tapissent sa surface.

Guérison opératoire.

Observation 51, *inédite*. — **Cancer du col avec envahissement de la paroi vésicale. H. V. 1893. Petite fistule intestino-vaginale.**

Mme S... Son père est mort à 60 ans d'un cancer de l'estomac III parc. Ménopause à 40 ans. Actuellement âgée de 45 ans.

Il y a onze mois la malade a commencé à perdre un liquide blanc jaunâtre, épais, extrêmement fétide et parfois strié de sang. Cet écoulement, insignifiant au début, a peu à peu augmenté. Depuis trois mois ce sont des eaux rousses très fétides et très abondantes qui l'obligent à se changer trois ou quatre fois par jour. L'amaigrissement est très considérable depuis 4 mois. Un peu d'albumine e des traces de sucre dans l'urine.

L'utérus est en rétroversion assez mobile. Le col, doublé de volume, est envahi par une masse cancéreuse, bourgeonnante et saignant facilement.

Hystérectomie vaginale le 13 septembre 1893. — L'extrême friabilité du col le rend insaisissable ; il se déchire et s'effrite à la moindre traction ; c'est avec l'ongle seulement qu'on peut arriver à désinsérer le tissu du cul-de-sac antérieur. La paroi vésicale est envahie par le néoplasme. Ablation de l'utérus et des annexes.

Le 3e jour, en retirant les mèches, on constate une petite fistule intestino-vaginale.

Observation 52, *inédite*. — **Sarcôme du corps. H. V. 1893. Revue quatre mois après en état parfait de santé.**

Mme D..., 42 ans.

Cancer du corps.

Hystérectomie vaginale le 16 septembre 1893.

A l'examen histologique, on trouve un sarcôme du corps avec propagation à l'ovaire droit.

La malade fut revue en janvier 1894 en parfait état de santé locale et générale.

Observation 53, *inédite*. — **Cancer du col bien limité. H. V. 1893. Guérison opératoire.**

M. D..., 50 ans.

Cancer du col bien limité, les culs-de-sac et les ligaments larges sont indemnes.

Hystérectomie vaginale le 19 septembre 1893, sans ablation des annexes.

Guérison opératoire.

Observation 54, *inédite*. — **Cancer du col avec envahissement de la paroi vésico-vaginale. H. V. 1893. Guérison opératoire.**

Mme G..., 40 ans, III pare et une fausse couche.

Depuis un an elle souffre des reins, ne peut supporter la voiture. Il y a un mois, elle eut une hémorragie abondante qui dura huit jours.

La malade, qui a une bonne santé habituelle, est un peu affaiblie.

Hystérectomie vaginale le 28 septembre 1893. — Hémisection antérieure, ablation totale des annexes. L'opération est incomplète du côté de la paroi vésico-vaginale, envahie par le néoplasme.

Fistule vésico vaginale.

La malade vivait en février 1894 avec une récidive au niveau de la cicatrice.

Observation 55, *inédite*. — **Sarcôme pédiculé du corps de l'utérus. H. V. 1893. Guérison opératoire.**

Mme P..., 26 ans, I pare.

Depuis un an, elle se plaint de métrorragies d'abord peu abondantes et apparaissant une ou deux fois par semaine; il n'y a que six mois que les pertes sont continuelles.

L'appétit a disparu, la malade est pâle, affaiblie.

L'utérus est volumineux, mobile et dépasse de deux travers de doigt la symphyse.

Hystérectomie vaginale le 28 septembre 1893. — L'hystéromètre mesure 10 centimètres.

Le curettage fait diagnostiquer un néoplasme pédiculé.

Hémisection antérieure. Ablation totale : utérus et annexes.

L'examen histologique montra que le néoplasme est formé de tissu sarcomateux.

Guérison opératoire.

Observation 56, *inédite*. — **Cancer du col. H. V. 1893. Guérison opératoire.**

Mme B..., 31 ans, VII pare. Elle fit une fausse couche de 7 mois, il y a deux ans.

De santé parfaite, le début remonte à six mois. Elle s'aperçut qu'elle perdait un peu de sang après chaque coït. En même temps elle commença à souffrir dans le bas ventre. Depuis un mois elle perd continuellement du sang, mais peu abondamment.

L'état général est satisfaisant, l'appétit conservé.

Cancer du col.

Hystérectomie vaginale le 7 octobre 1893.— L'hystéromètre donne 8 centimètres.

Curettage. L'utérus est mobile, l'opération est facile.

Guérison opératoire.

Observation 57 (*in thèse de Giresse, page 119*). — **Cancer du col de l'utérus. Hystérectomie vaginale. Obstruction intestinale. Laparotomie. Mort.**

Mme X..., âgée de 35 ans, opérée le 11 octobre 1893 à la clinique Baudelocque, par M. P. Segond. Nullipare.

Ce cancer de l'utérus paraît avoir manifesté ses premiers symptômes il y a un an. Depuis six mois, l'état s'aggrave beaucoup; les pertes sanguines sont presque continuelles et ne cessent quelques jours par mois que pour être remplacées par un écoulement sanieux et roussâtre très fétide. Les douleurs sont d'une violence extrême et l'affaiblissement général très accusé.

Le toucher donne les sensations habituelles et pathognomoniques d'un cancer du col à forme ulcéreuse ayant, pour ainsi dire, rongé la presque totalité du col sans avoir manifestement atteint la muqueuse vaginale. L'utérus a toutefois conservé une certaine mobilité, on ne sent pas d'empâtement dans les ligaments larges, mais les annexes paraissent augmentées de volume des deux côtés.

Hystérectomie vaginale le 11 octobre 1893. — Suivant son habitude, M. Segond pratique d'abord le curettage de toutes les parties ramollies. Cela fait, on peut enfin placer une pince à abaissement sur une partie suffisamment résistante; le décollement de la vessie se fait très difficilement et le corps utérin bascule enfin par hémisection antérieure, abaissant avec lui les annexes, en arrière desquelles on place d'emblée des pinces hémostatiques. Quatre pinces assurent l'hémostase, des lanières de gaze stérilisée servent le pansement.

Suites opératoires. — Pendant les trois premiers jours, état très satisfaisant. Toutefois, après l'ablation des pinces, qui a lieu, suivant l'usage, au bout de 48 heures, la malade, malgré les lavements répétés, ne rend ni gaz ni matières. Les lanières sont enlevées le troisième jour, mais la constipation persiste.

Le quatrième jour, les symptômes d'occlusion intestinale ne sont plus douteux. La température ne dépasse pas 37°, mais le pouls bat 140 pulsations, l'affaiblissement est extrême, le facies caractéristique et le ballonnement abdominal considérable. Il existe enfin des vomissements fécaloïdes indiscutables.

L'état ne faisant que s'aggraver, M. Baudron pratique le lendemain, c'est-à-dire le cinquième jour, la laparotomie médiane. Cette opération lui permet de constater que l'une des anses de l'intestin grêle est coudée et immobilisée dans sa situation vicieuse par des fausses membranes de la pelvi-péritonite qui existe au niveau du foyer opératoire. Il n'y a pas de péritonite généralisée. En présence de cet état de choses, M. Baudron détruit les adhérences qui immobilisaient l'anse intestinale en fausse position et draine le petit bassin en replaçant une mèche dans le vagin. La plaie abdominale est recousue complètement.

A la suite de cette opération, qui s'était faite d'ailleurs assez vite, il n'y a eu aucune rémission des symptômes et la malade est morte six heures après sans avoir rendu le moindre gaz par l'anus.

Comme l'a dit lui-même M. Baudron dans sa thèse (1), il est probable que le décès ne serait pas survenu s'il était intervenu la veille et s'il s'était contenté de pratiquer ces anus iliaques simples et non compliqués de manœuvres intra-abdominales.

(1) Baudron, Th. de Doctorat, Paris, 1894, page 79.

Observation 58, *inédite.* — **Cancer du corps avec fusée dans le ligament large. H. V. 1893. Mort le 5e jour, par péritonite.**

Mme G..., 58 ans, V parc. Ménopause à 51 ans.

Le début remonte à deux ans; c'était une fatigue générale, la perte d'appétit, de l'amaigrissement, et une sorte de pesanteur dans le bas ventre. Dans le courant de 1892, des hémorragies avaient fait leur apparition. Puis l'écoulement devint séro-sanguinolent, d'odeur fade, bientôt infecte.

Un curettage lui fut fait en avril 1893 ; puis en mai 1893 un second.

Depuis il y a eu une diminution progressive des pertes; actuellement elles sont presque nulles. Les douleurs au contraire sont très violentes à localisation dans l'hypogastre et dans les reins.

A l'examen, on trouve un utérus globuleux, augmenté de volume, de la grosseur du poing. Il est mobile. Le col non ulcéré est entr'ouvert, l'hystéromètre mesure 9 centimètres.

Hystérectomie vaginale le 11 novembre 1893. — La malade est couchée sur le côté droit à cause d'une ankylose de la hanche droite.

Le curettage préliminaire permet le diagnostic de cancer du corps.

Hémisection postérieure, bascule en arrière.

Il fut impossible d'enlever toute la fusée d'un ligament large.

Résultat. — Morte le 4e jour, de péritonite.

Observation 59, *inédite.* — **Cancer du corps. H. V. 1894. Guérison opératoire.**

Mme B..., 59 ans, 1 fausse couche de 3 mois, 5 grossesses normales dont une gémellaire. Ménopause à 51 ans.

La malade fut prise, il y a 2 ans, de douleurs abdominales et lombaires survenant le soir et à la suite de fatigues; ces douleurs n'ont fait que croître continuellement. En août 1893, première métrorragie assez abondante qui fut suivie d'un écoulement blanc jaunâtre. En novembre 1893, deuxième métrorragie beaucoup plus abondante.

Elle aurait maigri de trente livres depuis deux ans; malgré les apparences d'une santé générale satisfaisante, elle a un aspect cachectique, un teint violacé. Ses artères sont athéromateuses; à l'auscultation on constate un bruit de galop. Les urines contiennent une quantité appréciable d'albumine.

Le col de l'utérus est sain, entr'ouvert. L'utérus est gros, mobile.

Hystérectomie vaginale le 10 janvier 1894. — L'hystéromètre mesure 10 centimètres. Le curettage préliminaire ramène beaucoup de fongosités.

Amputation du col après formation de deux valves. Hémisection antérieure; à l'ouverture du corps, des fongosités plus ou moins fétides, mais très abondantes, sont rejetées au dehors. Ablation de l'utérus et des annexes saines.

Cancer manifeste du corps.

Résultat.— Guérison opératoire.

Observation 60, *inédite.*— **Cancer du col ayant envahi le corps. H. V. 1894. Hémorragie grave trois semaines après.**

Mme G..., 30 ans, III pare; le dernier accouchement date de trois ans.

Le début remonte à 1 an, il fut signalé par des pertes de sang peu abondantes, mais très fréquentes, presque continuelles.

L'état général est bon, l'appétit conservé, pas d'amaigrissement.

Epithélioma du col avec entreprise des ligaments larges.

Hystérectomie vaginale le 13 janvier 1894. — L'hystéromètre mesure 8 centimètres.

Hémisection postérieure, bascule postérieure.

L'épithélioma du col a envahi le corps et les ligaments larges.

Une hémorragie grave, qui cède au tamponnement, se produit le 2 février 1894; 3 semaines après l'opération.

Résultat.— Guérison opératoire.

Observation 61, *inédite.* — **Cancer du col avec petit fibrôme. H. V. 1893. Hémorragie grave durant l'opération. Mort 3e jour.**

Mme V..., 60 ans, I pare. Ménopause à 45 ans.

Depuis 3 ans, la malade a des pertes de sang abondantes, accompagnées de leucorrhée; ces pertes sont devenues très abondantes depuis 2 ans et surtout dans ces derniers six mois.

Cancer du col à forme bourgeonnante; mobilité utérine diminuée.

Hystérectomie vaginale le 2 septembre 1893.— Il est impossible de s'amarrer sur la lèvre antérieure du col. M. Segond, après avoir ou-

vert le cul-de-sac de Douglas, fait basculer l'utérus en arrière. Dans les manœuvres d'ablation des annexes gauches, l'artère utérine d'un côté est déchirée et saigne abondamment.

L'utérus et les annexes droites sont enlevés.

Epithélioma du col avec fibrôme du volume d'un œuf.

Résultat.—La malade meurt le 3e jour.

Observation 62, *inédite.* — **Cancer du col. H. V. 1894. Guérison opératoire.**

Mme T..., 46 ans, II pare.

Elle souffre depuis 8 mois de douleurs pelviennes avec irradiations dans les membres inférieurs. Elle n'a jamais eu de pertes, mais a beaucoup maigri.

Cancer du col.

Hystérectomie vaginale le 15 mars 1894.—Ablation de l'utérus et des annexes.

Résultat.— Guérison opératoire.

Observation 63, *inédite.* — **Cancer du corps avec petits fibrômes interstitiels. H. V. 1894. Mort par urémie le 5e jour.**

Mme B..., 54 ans, II pare. Ménopause à 50 ans.

A ce moment elle eut de l'albumine et des troubles cardiaques.

Depuis deux ans, métrorragies quotidiennes peu abondantes et douleurs abdominales et lombaires prédominantes à gauche. En août 1893, son état s'aggrave, les pertes et les douleurs augmentent d'intensité ; elles sont continues, avec des crises paroxystiques tellement violentes qu'elles lui arrachent des cris.

Le 1er décembre 1893, M. Segond fait un curettage sans chloroforme à cause des troubles cardiaques.

La malade n'est pas améliorée, un traitement prolongé donne les mêmes résultats.

A son entrée à Baudelocque, on constate que son cœur est gros, mais on ne trouve pas de souffles, ni d'albumine dans l'urine. La malade se plaint pourtant de palpitations et de douleurs précordiales.

A l'examen, on sent le col entr'ouvert largement; il admet l'index, l'utérus est gros, il mesure 8 centimètres et demi, il est en rétroversion adhérente.

Hystérectomie vaginale le 18 avril 1894. — Curettage préalable.

L'hystérectomie est rendue difficile par suite de la très grande friabilité de l'utérus, création et ablation de 2 valves cervicales. Hémisection antérieure, ablation totale de l'utérus et des annexes. Durée : 20 minutes.

Les annexes sont saines, l'utérus est gros, il pèse 160 grammes, il est farci de petits fibrômes interstitiels du volume d'une noisette. La muqueuse du corps est le siège de végétations néoplasiques.

Résultat.—Elle meurt le 5e jour avec des phénomènes urémiques, dyspnée, douleurs précordiales et anurie complète.

Observation 64, *inédite.* – Cancer du col et du corps. H. V. 1894. Envahissement de la paroi vésico-vaginale. Guérison opératoire.

Mme L..., 50 ans, nullipare.

A partir d'août 93 (10 mois), la malade voit ses règles deux fois par mois; dans l'intervalle elle a des pertes blanches. Elle ne souffre pas, mais s'affaiblit petit à petit à mesure que les pertes augmentent et deviennent continuelles; elle est même forcée de s'aliter complètement.

Epithélioma du col à forme bourgeonnante, sans consistance; le col est très friable, tombe en bouillie.

Hystérectomie vaginale le 3 mai 1894. — Curettage préalable.

L'ouverture du cul-de-sac antérieur est difficile à cause de l'envahissement du néoplasme. Hémisection antérieure sans résection du col. On constate un épaississement inquiétant des parois de la vessie.

Ablation totale de l'utérus et des annexes saines.

Cancer du col avec envahissement de la moitié du corps; la totalité du corps de l'utérus a une couleur blanchâtre qui indique la dégénérescence des muscles en rapport avec sa friabilité.

Résultat. — Guérison opératoire.

Observation 65, *inédite.* — Cancer du col. H. V. 1894. Récidive 3 mois après. Mort 1 an et demi après.

Mme R..., 26 ans, multipare.

Depuis cinq mois, augmentation de la fréquence des règles, puis écoulement continuel. En même temps, amaigrissement.

Cancer du col à forme ulcéreuse intra-cervical.

Hystérectomie vaginale le 11 mai 1894. — Après le curettage

préalable, on voit que l'ulcération porte sur les deux lèvres, et qu'elle forme un cône dont le sommet remonte à l'isthme. Ablation totale de l'utérus avec les annexes. Le vagin est très étroit.

Résultat.—En juillet 1894, la malade eut une hémorragie légère à la suite de coït, et à l'examen on constata une récidive dans la cicatrice. Elle est morte de récidive à la fin de 1895.

Observation 66, *inédite.* — Cancer du corps non diagnostiqué. Le fibrôme seul avait été reconnu. H. V. 1894. Mort par shock, septicémie peut-être 24 heures après.

Mme B..., 51 ans.

Des douleurs se sont montrées il y a 5 ou 6 ans; d'abord légères, elles ont été en augmentant d'intensité. L'amaigrissement et la faiblesse allaient aussi croissant. Ce n'est que depuis trois ans qu'elle a des métrorragies abondantes, revenant plusieurs fois par mois et coïncidant avec des crises douloureuses.

La malade est pâle, anémiée. A l'examen, on trouve difficilement le col, refoulé en haut et à gauche derrière le pubis, tandis que vient faire saillie dans le vagin une masse dure qui occupe la cavité de Douglas et semble développée aux dépens de la paroi postérieure de l'utérus. On porte le diagnostic de fibrôme.

Hystérectomie vaginale le 12 mai 1894. — Après ouverture des culs-de-sac, on constate que le fibrôme est enclavé dans le petit bassin et développé aux dépens de la paroi postérieure de l'utérus; il dédouble la cloison recto-vaginale. Le fibrôme est enlevé par morcellement, la cavité utérine est remplie de détritus friables. Les annexes sont laissées en place. L'utérus est enlevé par bascule postérieure.

Résultat. — La malade meurt, avee de la diarrhée, du refroidissement le 14 mai. L'utérus pesait 300 grammes, l'examen histologique des fragments prélevés dans les parties ramollies et végétantes de la tumeur montra que ces parties étaient constituées par de l'épithélioma cylindrique pur (cancer épithélial du corps type cylindrique).

Observation 67, *inédite.* — Cancer du col avec envahissement des parois vaginales. H. V. 1894, très difficile. Mort le 3e jour, par septicémie (?)

Mme P..., 56 ans.

Début au mois de décembre 1893, il y a six mois, par des pertes

roussâtres, continuelles et fétides. L'amaigrissement fut rapide, anorexie, teinte cachectique.

Cancer du col à forme ulcéreuse, cavitaire, destruction complète du col, envahissement de la paroi vaginale antérieure.

Hystérectomie vaginale le 19 mai 1894. — La destruction du col et l'envahissement des parois vaginales empêchent absolument la prise du col. Pénétration dans le cul-de-sac postérieur et bascule de la totalité du corps par ce cul-de-sac, et ablation avec hémostase de haut en bas. Les annexes sont laissées en place. L'ablation une fois faite, excision de la lèvre vaginale postérieure, qui est cancéreuse. Une tentative d'ablation aux ciseaux est essayée pour la lèvre antérieure, mais M. Segond y renonce devant la nécessité d'ouvrir la vessie.

Résultat. — La malade meurt le 22 mai, le 3e jour, de shock, peut-être de septicémie.

Observation 68, *inédite.* — Cancer du col. H. V. 1894. Guérison opératoire.

Mme G..., 65 ans, 2 accouchements à 7 mois 1/2, une fausse couche de 4 mois 1/2. Ménopause à 47 ans.

Début il y a 10 mois, par des hémorragies, des pertes séreuses très abondantes, un léger amaigrissement, pas de teinte cachectique.

Cancer du col au début, forme atrophique.

Hystérectomie vaginale le 2 juin 1894. — Hémisection antérieure, aucune difficulté. Ablation totale de l'utérus, les annexes sont laissées en place.

La malade eut de la congestion pulmonaire le 4e jour.

Résultat. — Guérison opératoire.

Observation 69, *inédite.* — Cancer du col à évolution rapide. H. V. 1894. Guérison opératoire.

Mme R..., 43 ans, III pare.

Il y a six mois, la malade commença à se plaindre de troubles dyspeptiques persistants ; ce n'est que trois mois après qu'apparurent les ménorragies. Les pertes de sang devinrent abondantes sans écoulement fétide. A la fin de mars, le médecin qui la soigne constate une ulcération sur la lèvre postérieure, de consistance molle, friable, saignante ; il fait l'examen microscopique d'un frag-

ment et reconnaît la nature néoplasique. Jusqu'en juin, la maladie continua à évoluer d'une façon très rapide.

Cancer du col à forme cavitaire, le col a presque disparu, les parois sont touchées.

Hystérectomie vaginale le 15 juin 1894. — Ablation totale de l'utérus et des annexes. Le col est presque détruit entièrement, le corps de l'utérus volumineux ; ses parois sont épaissies (2 centimètres 1/2), les ovaires sont scléro-kystiques.

Résultat. — Guérison opératoire.

OBSERVATION 70, *inédite.* — **Cancer du corps. H. V. 1894. Mort deux ans après par récidive.**

Mme C..., 43 ans, II pare.

Depuis huit mois métrorragies et écoulement séro-purulent fétide. Peu d'amaigrissement, mais perte complète de l'appétit.

Cancer du corps.

Hystérectomie vaginale le 28 juillet 1894. — L'utérus est gros, il a 8 centimètres de cavité, ses parois sont très épaissies, sur le fond elles mesurent 3 centimètres. Ablation des annexes.

Résultat. — M. Segond revoit la malade le 11 octobre 1894 en parfait état général et local. Le 17 juillet 1895, il l'examine de nouveau, elle se porte très bien, et sa cicatrice vaginale est indemne. Mais dans la fosse iliaque droite, derrière l'arcade de Fallope, le long des vaisseaux iliaques, il trouve une masse ganglionnaire.

Cette malade est morte au mois d'août 1896.

OBSERVATION 71, *inédite.* — **Cancer du col avec envahissement du cul-de-sac latéral gauche. H. V. 1894. Guérison opératoire.**

Mme B..., 32 ans, 1 pare. Jamais de troubles utérins.

Depuis 15 mois, l'attention de la malade a été attirée par une leucorrhée extrêmement abondante. La santé est bonne, l'appétit excellent. A l'examen on trouve un col gros, exulcéré, saignant facilement. Au spéculum on voit l'ulcération en forme de croissant ayant envahi les lèvres antérieure et postérieure du col et le cul-de-sac latéral gauche. En avant et en arrière les lésions paraissent moins avancées.

Hystérectomie vaginale le 22 octobre 1894. — Le tissu du col et de la partie inférieure du col est totalement envahi. Hémisection antérieure. Ablation totale de l'utérus et des annexes qui sont saines.

Résultat. — Guérison opératoire

Observation 72, *inédite.* — Cancer du col avec entreprise des ligaments larges. H. V. 1894. Mort par récidive 1 an après.

Mme L..., 35 ans.

Ecoulement séro-sanguinolent depuis 10 mois.

Cancer du col à forme bourgeonnante, les ligaments larges sont légèrement entrepris.

Hystérectomie vaginale le 12 novembre 1894. — Ablation totale de l'utérus et des annexes. Hémisection antérieure.

Résultat. — La malade est morte de récidive à la fin de l'année 1895.

Observation 73, *inédite.* — Cancer du col avec envahissement du vagin. H. V. 1894. Mort par récidive 11 mois après.

Mme M..., 40 ans.

Son état général est excellent.

Le néoplasme a envahi la totalité du col, il mord déjà sur le vagin. L'utérus est mobile.

Hystérectomie vaginale le 1er décembre 1894. — Curettage préalable, hémisection antérieure.

Résultat. — La malade meurt de récidive le 14 octobre 1895.

Observation 74, *inédite.* — Cancer du col. H. V. le 15 décembre 1894. Vivante sans récidive plus de deux ans après.

Mme M..., 37 ans, III pare.

Début il y a 4 mois par ménorragies, puis métrorragies continuelles. Elle ne souffre pas, a perdu l'appétit et le sommeil. Son état général est bon.

Au toucher, le col donne la sensation de carton, forme bourgeonnante, dure.

Hystérectomie vaginale le 15 décembre 1894. — Le col n'est pas friable, le curettage n'abat que l'écorce. Délimitation soignée de l'incision. Hémisection antérieure. Ablation totale.

Résultat. — Le 31 décembre, on constate chez la malade une pleurésie droite, avec congestion pulmonaire le 4 janvier. Elle sort de l'hôpital le 24 janvier 1895 en parfait état. M. Segond a revu la malade en janvier 1897, état général et local excellent.

Observation 75, *inédite*.—Cancer du col avec envahissement du corps et de la paroi vésico-vaginale. H. V. 1895. Ouverture vésicale en plein néoplasme. Guérison opératoire.

Mme M..., 28 ans. 5 grossesses normales, la dernière en novembre 1893. Depuis son dernier accouchement elle se plaint de douleurs abdominales et lombaires irradiées vers la racine des cuisses. Il y a 5 mois métrorragies continuelles et profuses, jamais d'écoulement jaunâtre fétide. Les douleurs vont en augmentant, l'amaigrissement est considérable. Teinte cachectique, troubles dyspeptiques.

Le col est complètement envahi par une masse bourgeonnante, friable, saignante et fétide. Seule la lèvre postérieure présente un petit bourrelet sain. Il existe encore une certaine mobilité.

Hystérectomie vaginale le 2 janvier 1895. — Le curettage réalise l'évidement presque total de l'utérus envahi par le néoplasme, il n'en reste que la coque. D'où friabilité et difficultés dans les manœuvres de décollement. La vessie est ouverte sur une étendue de 2 centimètres. Bascule en arrière et ablation totale de l'utérus et des annexes. On sent les ganglions pelviens pris par le cancer, ils sont laissés en place.

Résultat. — Guérison opératoire, mais continuation certaine de l'évolution du cancer, et de la fistule vésico-vaginale.

Observation 76, *inédite*. — Cancer du col. H. V. 1895. Vivante sans récidive 4 ans après.

Mme G..., 52 ans.

Cancer du col.

Hystérectomie vaginale le 14 mars 1895. — Ablation totale, annexes saines.

L'examen histologique fut fait par M. Cazin.

Résultat. — La malade fut revue en parfait état par M. Segond en janvier 1897 et au début de 1899.

Observation 77, *inédite*. — Cancer du col avec entreprise du cul-de-sac antérieur. H. V. 1895. Mort par récidive 11 mois après.

Mme G..., 40 ans

Cancer du col à forme bourgeonnante ayant envahi sa presque totalité. Le cul de-sac antérieur est légèrement entrepris. La mobilité utérine est un peu diminuée.

Hystérectomie vaginale le 30 avril 1895. — Par le curettage, l'utérus est évidé, il n'en reste qu'une mince coque. Le dessin de l'incision vaginale est très laborieux. Bascule par hémisection postérieure, puis section antéro-postérieure totale. Les annexes sont laissées en place.

Résultat. — La malade mourut de récidive 11 mois après.

Observation 78, *inédite.* — **Cancer du col. H. V. 1895. Guérison opératoire.**

Mme D..., 57 ans, VI pare, ménopause à 48 ans, jamais de troubles du côté de l'utérus. Depuis un an, douleurs dans le bas ventre, sensation de pesanteur, envies fréquentes d'uriner, pas le moindre écoulement vaginal. Etat général satisfaisant.

Le col de l'utérus est augmenté de volume, tuméfié, induré avec des points plus fermes dans son épaisseur. Le corps est peu augmenté, mobile. Cancer du col.

Hystérectomie vaginale le 1er juin 1895. — Curettage préalable, hémisection antérieure, ablation totale de l'utérus et des annexes.

Résultat. — Guérison opératoire.

Observation 79, *inédite.* — **Cancer du col. H. V. 1895. — Guérison opératoire. Mort par récidive 2 ans après.**

Mme P..., 50 ans.

Cancer du col, les lèvres sont détruites surtout du côté gauche.

Hystérectomie vaginale le 18 juillet 1895. — Curettage préalable, incision du vagin difficile du côté gauche à cause de l'envahissement du néoplasme. Bascule par hémisection postérieure. Les annexes droites sont laissées.

Résultat. — Guérison opératoire. La malade est morte de récidive 2 ans après.

Observation 80, *inédite.* — **Cancer du col avec envahissement de la paroi vésico-vaginale, H. V. 1895. Guérison opératoire.**

Mme O..., 50 ans.

Cancer du col avec envahissement de la paroi vésico-vaginale.

Hystérectomie vaginale le 3 octobre 1895. — Ablation de l'utérus seulement, les annexes sont laissées en place. Bascule par hémisection postérieure à cause de l'impossibilité de passer en avant, vu l'extension du cancer à la paroi vésico-vaginale.

Résultat. — Guérison opératoire. — Récidive rapide et certaine, l'opération n'a pas été complète.

Observation 81, *inédite.* — **Cancer du col. H. V. 1895. Mort par récidive 1 an après.**

Mme R..., 50 ans.

Cancer du col.

Hystérectomie vaginale le 21 octobre 1895. — Ablation totale.

Résultat. — Morte de récidive 1 ans après.

Observation 82, *inédite.* — **Cancer du col et du corps. H. V. 1896. Mort par pneumonie le 7me jour.**

Mme B..., 55 ans. I pare. Ménopause à 45 ans.

Depuis 4 ans la malade a toujours eu des métrorragies et de la leucorrhée. Les douleurs se sont montrées il y a un an sous forme d'accès toutes les 4 ou 5 heures. Elle prend quatre centigrammes de morphine et jusqu'à 4 grammes d'antipyrine par jour. Elle s'est affaiblie, ne mange plus, a une teinte terreuse. Le col est hypertrophié, dur et ulcéré. L'utérus est gros, dur, douloureux, enclavé par une masse dure qui bombe dans le cul-de-sac postérieur. L'examen détermine l'écoulement de liquide sanieux, non fétide.

Hystérectomie vaginale le 20 mars 1896. — Curettage préalable qui détermine une hémorragie très abondante nécessitant le tamponnement. Le col est très-friable, toutes les pinces dérapent; l'utérus est abaissé par le palper bi-manuel; le corps est aussi envahi et friable. Morcellement, les annexes sont laissées.

Résultat. — La malade meurt de pneumonie le 7e jour, sans aucun trouble du côté du ventre.

Observation 83, *inédite.* — **Cancer du corps (forme de polype) pris pour un fibrôme sphacélé avec 3 ou 4 petits fibrômes interstitiels du volume d'une noix. H. V. 1896. Guérison opératoire.**

Mme P..., 46 ans, nullipare.

Il y a 10 mois métrorragies très abondantes, puis pertes séro-sanguinolentes très fétides et continues. Les pertes de sang ont cessé depuis le mois de janvier 1896, mais il s'écoule toujours un liquide ichoreux, fétide. La malade souffre peu dans le bas ventre.

Le col est ulcéré, entr'ouvert, il admet l'index. L'utérus est peu

mobile, non douloureux, en antéflexion — Le diagnostic posé est celui de fibrôme sphacélé.

Hystérectomie vaginale le 4 avril 1896. — Curettage. Ablation du col. Durant le morcellement les pinces dérapent, tellement l'utérus est friable. Bascule par hémisection antérieure très difficile. Ablation des annexes; un gros kyste de l'ovaire gauche est crevé durant le morcellement. Hémostase difficile.

Résultat. — A l'ablation de la première pince, 48 heures après, une hémorragie abondante se déclara, la pince fut replacée et les pinces restèrent 24 heures de plus.

Guérison opératoire, mais la malade est affaiblie avec une teinte jaunâtre.

Observation 84, *inédite.* — **Cancer du col avec kyste de l'ovaire. H. V. 1896. Cancer du sein. Amputation du sein. Sans récidive 2 ans et 8 mois après.**

Mme V..., 52 ans.

Cancer du col; cancer du sein.

Hystérectomie vaginale le 1er juillet 1896. — Pour cancer du col; ablation d'un kyste de l'ovaire et amputation du sein.

Résultat. — En bon état local et général en février 1899.

Observation 85, *inédite.* — **Cancer du col. H. V. 1896. Mort le 10e jour, par embolie.**

M. T... 52 ans. IV paré. Depuis 12 ans, ses règles ne viennent qu'irrégulièrement tous les deux ou 3 mois.

Il y a 18 mois qu'elle a commencé à avoir des pertes blanches qui ont peu d'odeur, elles sont striées de sang. Jamais elle n'a souffert, l'état général est bon, l'appétit conservé.

Hystérectomie vaginale le 13 août 1896. — Curettage. Amputation du col. Hémisection et bascule antérieure, les annexes sont laissées.

Résultat. — La malade a un mauvais état général, elle est affaissée, la langue sèche, le pouls petit; elle meurt le 10e jour dans une crise de dyspnée, sans doute d'embolie.

Observation 86, *inédite.* — **Cancer du col avec fibrôme. H. V. 1896. Mort par récidive 1 an et 5 mois après.**

Mme B... 42 ans...

Cancer du col, forme intra-cervicale, ayant attaqué un peu la lèvre postérieure.

Hystérectomie vaginale le 11 septembre 1896. — Ablation totale, dans le corps il y a un fibrôme gros comme un œuf.

Résultat.— La malade est morte de récidive le 16 février 1898. Elle souffrait beaucoup depuis quelques mois, et est morte avec des troubles de péritonite généralisée.

Observation 87, *inédite.* — **Sarcôme du corps avec deux petits fibrômes. H. V. 1897. Guérison opératoire.**

Mme B... 38 ans.

Sarcôme du corps avec deux petits fibrômes, examen histologique fait par M. Cornil.

Hystérectomie vaginale le 4 mars 1897. — Le curettage permet le diagnostic de néoplasme. Amputation du col. Bascule du corps par hémisection antérieure, activement de la section et dégagement par bascule postérieure. Les annexes gauches sont laissées en place à cause de leurs adhérences.

Résultat. — Guérison opératoire.

Observation 88, *inédite.* — **Cancer du col. H. V. 1897. Guérison opératoire. Vivante sans récidive depuis 2 ans.**

Mme B..., 45 ans.

Cancer du col forme bourgeonnante.

Hystérectomie vaginale le 9 mars 1897. Curettage. Hémisection antérieure sans pincement préalable des utérines, et sans section du cul-de-sac postérieur. Bascule en avant, puis la cloison vagino-péritonéale est coupée en travers. Suppuration des annexes gauches.

Ablation totale.

Résultat — Guérison opératoire. — En bonne santé en 1899, sans récidive depuis 2 ans.

Observation 89, *inédite.*— **Cancer du col. H. V. 1897. Revue 4 mois après dans un état de santé parfaite.**

Mme C... 30 ans. Une grossesse à terme en 1892.

Début en février 1897, il y a 4 mois, par un écoulement glaireux, jaunâtre, d'odeur fétide. En même temps douleurs lancinantes dans le bas ventre. Appétit normal avec troubles dyspeptiques, envies fréquentes d'uriner. Bon état général.

Le col est gros avec une vaste ulcération fongueuse, saignant facilement. L'utérus est un peu gros, mobile. Parois vaginales souples.

Hystérectomie vaginale le 26 mai 1897. — Curettage. L'hystéromètre donne 8 centimètres. Amputation du col, hémisection antérieure, ablation des annexes saines; opération facile.

Résultat. — La malade fut revue le 26 septembre 1897, son état général est excellent, son sommeil et son appétit sont bons, tout le vagin est souple, la cicatrice indemne de tout soupçon.

Observation 90, *inédite.* — **Cancer du col. H. V. 1897. Guérison opératoire. Récidive 8 mois après l'opération, actuellement (1 an 7 mois) excellent état général.**

Mme D..., 33 ans. II pare, 1 fausse couche. La dernière grossesse a 24 ans.

Il y a 4 mois la malade eut une perte de sang très abondante durant 10 jours à l'époque de ses règles; depuis, ménorragies de plus en plus abondantes.

Le col est remplacé par une masse bourgeonnante, le vagin n'est pas envahi.

Hystérectomie vaginale 10 juillet 1897. — A cause de la largeur du col, il fut impossible de pincer les utérines dès le début. Aussi durant l'opération, il y eut une hémorragie continuelle et l'hémostase fut difficile. Bascule du corps après hémisection antérieure, section de la paroi postérieure de l'utérus. Les annexes droites sont saines, à gauche il y a un kyste de l'ovaire purulent du volume du poing, il est ponctionné. Ablation des annexes des deux côtés.

Résultat. — Guérison opératoire. Voici les renseignements qui nous sont fournis par le Dr Lenoir qui soigne cette malade. Récidive constatée en février 1898, 8 mois après l'opération. Cicatrice dure au début qui mit sept mois à s'ulcérer. Un an et demi après l'opération, des bourgeons cancéreux remplissaient à moitié le vagin, ils avaient un aspect carcinomateux. De plus dans le bassin on trouvait des paquets ganglionnaires du volume d'un œuf de poule le long des vaisseaux iliaques de chaque côté. Il n'y a pas de ganglions dans les autres régions. En fin février 1899, la malade est dans les mêmes conditions, avec un état général excellent, fraîche et très grasse.

Observation 91, *inédite.* — **Cancer du col avec envahissement de la paroi vésico-vaginale. Guérison opératoire.**

Mme L..., 37 ans.

Cancer du col.

Hystérectomie vaginale le 24 septembre 1897. — M. Segond éprouva

de grandes difficultés pour décoller les tissus de la face antérieure de l'utérus, les tissus laissés étaient de nature douteuse.

Une hémorragie se produisit au 12e jour, elle céda au tamponnement. Probablement cette malade a dû récidiver rapidement.

Observation 92, *inédite*. — **Cancer du col. H. V. 1897. Guérison opératoire.**

Mme C..., 35 ans, II parc. Jamais de maladies antérieures.

Début il y a un an et demi par des métrorragies qui se sont rapprochées de plus en plus ; depuis 4 mois, elles sont abondantes. Elle ne souffre pas, mais a un peu maigri.

Le col est bourgeonnant, avec une ulcération de sa lèvre antérieure. Dans la cloison recto-vaginale, on sent quelques petits grains indurés. Le corps utérin n'est pas volumineux. Il n'y a pas d'infiltration des ligaments larges.

Hystérectomie vaginale le 16 octobre 1897. — Le dessin de l'incision vaginale est difficile à cause de l'étendue du cancer et de la peur de blesser la vessie. Bascule par hémisection postérieure, sans hémostase préalable des utérines ; durant toute l'opération, les tranches vaginales saignaient. Ablation totale de l'utérus et des annexes.

Hémorragie peu abondante 24 heures après ; elle s'arrêta spontanément. A l'ablation des pinces, nouvelle hémorragie légère qui céda au tamponnement.

Observation 93, *inédite*. — **Cancer du corps, ramollissement excessif du col. H. V. 1898. Opération incomplète. Morte 3 mois après.**

Antécédents héréditaires. — Rien à signaler.

Antécédents personnels. — Elle a toujours eu une bonne santé.

Elle fut réglée à 18 ans, toujours régulièrement et sans douleurs. Elle eut un enfant à l'âge de 38 ans, l'accouchement se fit dans de bonnes conditions et les suites furent excellentes. Jamais elle ne fit de fausses couches, ni ne souffrit du ventre.

Ménopause à 52 ans. Elle est âgée de 60 ans.

Histoire de la maladie. — Le début remonte à deux ans, ce furent des pertes blanches qui se montrèrent tout d'abord ; elles étaient assez abondantes, sans obliger la malade à se garnir. Elles durèrent un an, sans jamais avoir d'odeur. Petit à petit, les pertes blanches devinrent rousses, entremêlées de métrorragies. Ces der-

nières apparurent il y a six mois, mais depuis deux mois les pertes journalières sont teintées de sang continuellement. Des pertes de sang très abondantes se produisirent en décembre 97, deux fois en janvier 98 et une fois en février. Elles se rapprochaient et augmentaient de durée. Les douleurs depuis deux mois n'ont fait que croître ; elles nécessitent des piqûres de morphine, le sommeil ayant cessé. La malade souffre dans le bas ventre surtout du côté gauche, le siège maximum est au coccyx et à l'aine gauche. Il n'y a pas d'irradiations dans les membres inférieurs, ni aux régions rénales.

Elle se plaint d'avoir perdu ses forces, l'amaigrissement est marqué depuis un an. D'apparence cachectique elle n'a pas le facies jaune paille, ni d'œdème des extrémités. L'appétit est conservé, il n'y a aucun trouble du côté des réservoirs.

La palpation du ventre est douloureuse, surtout quand on enfonce ses doigts du côté du petit bassin. On ne sent pas de tumeur, il n'y a pas d'ascite.

Au toucher, on trouve un col de vieille femme presque disparu, en surplus très mou. A cause de ce ramollissement excessif, on sent difficilement l'orifice externe qui est dévié vers la gauche. La muqueuse du col est saine, sans ulcération, ni noyaux durs. Au contraire, sous la muqueuse, le tissu utérin paraît ramolli comme dans la grossesse. La paroi vaginale droite, tout près du cul-de-sac, a quelques nodosités qui ne sont pas du cancer.

Les culs-de-sac sont libres, le cul-de-sac postérieur a sa muqueuse et son tissu cellulaire sains, mais il est occupé un peu par la masse utérine qui masque tout le cul-de-sac gauche.

Cette masse est constituée par l'utérus qui, pris entre les 2 mains, a le volume du poing. Il dépasse de 3 doigts la symphyse. Il est douloureux au toucher, ce qui rend l'examen difficile.

L'hystéromètre donne sept centimètres, et détermine un suintement de sang assez abondant.

Le bord supérieur de l'utérus paraît un peu irrégulier, comme s'il y avait de petits fibrômes. L'utérus est éversé à gauche.

Diagnostic probable : Epithélioma du corps de l'utérus avec de petits fibrômes.

Hystérectomie vaginale le 26 mars 98. — A cause du diagnostic possible de fibrôme.

Curettage préalable, une bougie d'Hegar, dans la dilatation, a perforé l'utérus.

Incisions ordinaires pour séparer la muqueuse de l'utérus ; au doigt, M. Segond dénude la face antérieure de l'utérus et sa face postérieure; il crève le cul-de-sac postérieur. Durant ces manœuvres, les pinces à traction dérapent, le tissu utérin étant très friable. Deux clamps sont mis sur les utérines.

Sections latérales de l'utérus, la cavité utérine ouverte laisse échapper des masses molles ramollies nettement cancéreuses.

L'amputation du col n'est pas nécessaire; tout ce qui restait du col s'est effrité sous l'influence des tractions.

M. Segond poursuit en avant le décollement et ouvre le cul-de-sac péritonéal Des pinces à traction sont placées sur ce qu'il y a d'utérus accessible, mais sans succès, car toutes dérapent. La menace est de perdre tout moyen de traction et de laisser monter l'utérus. M. Segond introduit ses doigts dans le cul-de-sac antérieur et saisit ce qui reste du corps de l'utérus, c'est-à-dire un moignon du volume d'une mandarine, et peut l'abaisser. Des clamps sont d'abord placés; la castration ovarienne est faite ensuite.

Durant ces différents temps, la malade a perdu pas mal de sang, vue la difficulté de placer les pinces. Bien entendu, il ne fut pas possible de s'assurer si tout le néoplasme était enlevé, vus les ennuis de l'hémostase.

Ablation des pinces le 3e jour, à cause de la crainte d'une hémorragie.

Examen de la pièce. — Le col est ramolli, mais non infiltré par la dégénérescence. Le corps utérin est infiltré dans sa totalité, il est difficile de prendre des morceaux non ramollis pour l'examen histologique.

Le muscle utérin est hypertrophié.

Suites. — L'état général de la malade ne s'est pas amélioré. Le cancer a continué d'évoluer, des masses fongueuses ont envahi le vagin. Elle est morte 3 mois après, en se cachectisant progressivement.

Examen histologique. — Il fut pratiqué par notre ami le Dr A. Claisse :

1. Epithélioma cylindrique typique.

2. Des coupes ont porté en dehors de la tumeur, à la périphérie de l'utérus ; région très vasculaire, paraissant saine. On y constate que le tissu musculaire utérin y est à peu près normal : pourtant il y

a un développement un peu exagéré des vaisseaux de moyen et de petit calibre.

En outre il existe, très espacés, quelques ilots de cellules épithéloïdes, bien isolés, indiquant l'envahissement lointain du cancer.

Observation 94, *inédite*. — Cancer du corps avec hématomètre. H. V. 1898. Mort par congestion pulmonaire le 3e jour.

Mme A..., 61 ans. Cette malade est opérée pour des hémorragies très abondantes.

Hystérectomie vaginale le 5 juin 1898. — Le curettage préalable ramène des fongosités en grande quantité, il ouvre un hématomètre siégeant dans la cavité du corps.

Ablation totale.

Suites. — La malade meurt le 3e jour, de congestion pulmonaire; elle n'a jamais eu rien d'alarmant du côté du ventre.

L'examen histologique fut fait par M. le professeur Cornil; c'était un épithélioma à cellules cylindriques développé dans la cavité et la paroi du corps de l'utérus.

Observation 95, *inédite*. — Cancer du corps. H. V. 1898. Vivante sans récidive neuf mois après.

Mme N..., 50 ans. Pertes blanches et rouges depuis 7 mois; on diagnostique fibrôme de l'utérus, peut-être cancer.

Hystérectomie vaginale le 26 juin 1898. — Cancer du corps reconnu par le curettage et le toucher intra-utérin.

La bascule antérieure est impossible, le corps de l'utérus est gros, il atteint presque le poing.

L'utérus est extrait par hémisection et bascule postérieure.

Ablation totale.

La vérification histologique a été faite par M. Cornil et notre ami Claisse. La malade est actuellement en bonne santé et sans traces de récidive; il y a neuf mois qu'elle est opérée.

Observation 96, *inédite*. — Cancer du col. H. V. 1897. Observation très résumée rapportée à cause de la récidive.

Mme L..., 42 ans, fut opérée par Péan le 7 juillet 1897; il lui fit l'hystérectomie vaginale avec ablation bilatérale des annexes.

Suites. — La santé fut parfaite jusqu'au mois d'octobre 1897; alors apparurent quelques douleurs dans les reins, puis tout rentra dans l'ordre. Pourtant depuis ce moment elle souffre quand elle se

fatigue. Elle entre au mois d'avril 1898, parce qu'elle perd un peu en blanc et en rouge et surtout parce que ses douleurs l'empêchent de travailler.

Nous constatons la récidive cancéreuse au niveau de la cicatrice, un bourgeon néoplasique fait saillie dans le vagin, le ligament large gauche est infiltré. Séances répétées de thermo-cautérisation. Au mois de janvier 1899, l'examen ne nous permet pas de retrouver des bourgeons cancéreux dans le vagin ; en avant, la paroi vésico-vaginale est indurée. Par le palper bi-manuel nous sentons une masse du volume du poing située dans le petit bassin. Dans le flanc droit nous percevons aussi une autre tumeur grosse comme une orange et qui paraît être un prolongement de la première. Cette tumeur a des alternatives d'augmentation et de décroissance, coïncidant avec des crises douloureuses dans la région lombaire droite. En même temps se produit soit de la rétention d'urine, soit une véritable débâcle urinaire. On dirait une poche dure qui vient comprimer l'uretère. Les souffrances sont difficilement calmées par la morphine. Au mois d'avril 1899, la malade est dans le même état, se cachectisant peu à peu. La récidive chez cette malade durerait depuis dix-huit mois.

II. — HYSTÉRECTOMIES ABDOMINALES TOTALES (1)

Observation 97, *inédite*. — **Fibrôme de 1360 grammes avec dégénérescence cancéreuse de l'utérus. Envahissement néoplasique des ganglions et de l'intestin. H. A. (Procédé américain). Opération incomplète. — Guérison opératoire.**

Mme D..., âgée de 63 ans, nullipare, sans fausses couches. Ménopause à 40 ans. Depuis 5 ans elle a vu disparaître les métrorragies et les douleurs qui existaient depuis 18 ans. Au mois de juillet 1897, les douleurs et les hémorragies sont revenues et les souffrances sont intolérables.

Examen. — On trouve l'utérus qui remonte à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic. La malade est laissée au repos pendant quelques mois ; mais comme la tumeur gagne l'ombilic et que les souffrances ne font que s'accroître, malgré l'âge et l'état cachec-

(1) Nota. — Les deux lettres H. A. veulent dire hystérectomie abdominale totale.

tique de cette femme, M. Segond se décide à une intervention. Le diagnostic posé est celui de fibrômes multiples de l'utérus.

Hystérectomie abdominale totale faite le 15 octobre 1897. — Procédé Américain.

Dès les premiers essais d'ablation, la masse s'effrite et la nature néoplasique de la tumeur est évidente. Elle n'est enlevée qu'au prix des plus grandes difficultés; l'hémostase est inquiétante. M. Segond explore la cavité pelvienne après s'être débarrassé de la tumeur, toute la chaîne des ganglions iliaques est envahie. L'un de ces ganglions est très volumineux et fusiforme; il engaîne à la façon d'un manchon l'artère iliaque droite. D'autres noyaux cancéreux existent sur le colon transverse et sur l'S iliaque. Un de ces noyaux, du volume du poing, relie entre elles deux anses de l'intestin grêle. Devant l'étendue de ces lésions, M. Segond se contente d'assurer l'hémostase, de drainer par le vagin et de refermer le ventre.

Suites immédiates. — La malade se rétablit très vite et elle sortit en bon état le 4 janvier 1898. Une grande amélioration s'était produite, les troubles de compression exercés par la tumeur avaient disparu, et les douleurs avaient cessé presque totalement. Cette opérée n'a pas été revue, mais le cancer n'a pu que continuer son évolution.

La tumeur fibreuse pesait 1360 grammes.

Observation 98, *inédite.* — **Cancer du corps avec ramollissement excessif du col. H. A. 1898. — En très bonne santé, sans récidive dix mois après.**

Mme P...., 55 ans.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 63 ans d'une inflammation d'intestin, diarrhée continuelle, sans hémorragie; mère morte à 79 ans. Ses parents eurent 9 enfants, il n'en reste plus que deux : la malade et un frère qui à 62 ans et est bien portant. Les autres sont morts : un de tuberculose pulmonaire, un autre d'anémie (?); quant aux autres, ils sont morts en bas-âge.

Antécédents personnels. — Elle n'a jamais été malade.

Règles — Dès l'âge de 13, ans elle fut toujours bien réglée sans douleurs; durée : 2 à 3 jours. Mariée à 32 ans, elle n'eut pas d'enfants ni de fausses couches. La ménopause est arrivée à 48 ans, elle a été accompagnée durant un an de pertes blanches qui cessèrent ensuite.

Histoire de la maladie primitive. — Une première opération fut pratiquée à la maison Dubois le 7 sept. 93 par M. Segond. Un an après

la ménopause, c'est-à-dire à 49 ans, la malade s'aperçut d'une grosseur siégeant dans le flanc droit, d'abord du volume du poing. La tumeur continua à s'accroître et devint très grosse, occupant tout le ventre jusqu'à l'ombilic. C'était une tumeur papillaire de l'ovaire. Durant ce temps, la malade avait maigri beaucoup et perdu ses forces. Elle n'avait ni pertes blanches, ni pertes rouges, elle ne souffrait pas, un peu de pesanteur dans le bas ventre. A la suite de son opération, elle se porta très bien et cet état dura 3 ans.

Histoire de la maladie actuelle. — *Pertes blanches.* Les premiers symptômes furent des pertes blanches qui durèrent 6 mois. Elles s'étaient montrées un an avant son entrée à l'hôpital. Elles n'étaient pas abondantes, ne forçant pas la malade à se garnir ; elles n'avaient aucune odeur. Dans ces six derniers mois, ces pertes blanches se mélangèrent à des pertes de sang.

Pertes de sang. Jamais elle n'eut de véritables hémorragies, mais elle perdit toujours un peu de sang, surtout la nuit.

Odeur. A n'importe quel moment de sa maladie et même aujourd'hui les pertes n'ont aucune odeur.

Douleur. Depuis six mois, elle souffre dans le bas ventre et dans les cuisses, mais le sommeil n'a pas disparu. On lui donnait chez elle toutes sortes d'analgésiques pour atténuer ses souffrances, en exceptant la morphine. Depuis quelque temps les douleurs s'accentuent, et c'est la raison qui la décide à une intervention.

Amaigrissement. L'état général est assez satisfaisant, la malade dit avoir beaucoup maigri, pourtant elle est robuste et colorée, et n'a pas de teinte cachectique. Elle n'a pas perdu ses forces. L'appétit est conservé ; elle se plaint d'une constipation habituelle.

Il n'y a pas de troubles vésicaux ou rectaux ; nous n'avons rien à signaler du côté des autres organes.

Examen le 4 mars. — Col de vieille femme aplati et mou. L'orifice externe est petit, le col ramolli comme dans la grossesse. La muqueuse qui recouvre le col, ainsi que celle de l'orifice, est saine, mais le doigt sent que derrière le tissu est très mou ; nous ne trouvons aucune induration. L'utérus est en antéversion et gros. Le corps dépasse de 3 travers de doigt la symphyse pubienne, et son fond est assez bien délimité. Quelques irrégularités à son bord supérieur font penser qu'il pourrait y avoir de petits fibrômes. Nous évaluons ce volume de l'utérus à une orange.

Les parois vaginales sont souples, les culs-de-sac libres, les ligaments larges indemnes. La mobilité de l'utérus est parfaite.

Le diagnostic probable était : néoplasme du corps de l'utérus et soupçons de fibrôme.

Opération 5 mars 98.—Hystérectomie abdominale totale, procédé américain. Nous remarquons tout d'abord, une fois la paroi ouverte, que le péritoine est sain, que l'excavation pelvienne avec les ligaments larges et leurs replis sont bien formés malgré la castration double qu'elle avait subie en 93.

M. Segond sectionne à gauche les ligaments larges, et au fur et à mesure qu'il avance place quelques ligatures. Section en avant du péritoine pour récliner la vessie. Le vagin est ouvert, et une pince est placée sur le col utérin qui tombe en bouillie tout entier. Les insertions vaginales sont détachées et le côté droit du ligament large se pédiculise. Ligatures à droite et à gauche sur les utérines et les branches qui donnent. Une nouvelle série de ligatures est mise. Ces ligatures partent du vagin et s'en vont prendre les pédicules des ligaments, les rapprochant ainsi de la cavité vaginale ; véritable ligatures en boum à droite et à gauche. Drainage vaginal. Suture de la paroi au fil d'argent en un seul plan.

Examen de la pièce anatomique.—Le col a été déchiré par la pince à traction, mais il est ramolli sans processus néoplasique. Le corps est assez volumineux, nous trouvons 0,08 centimètres de cavité. Sur le bord supérieur, il y a deux petits fibrômes sous-péritonéaux du volume d'une noix et deux autres plus petits. L'utérus ouvert, la muqueuse de la cavité utérine est très végétante. Sur la face postérieure de la cavité du corps, il y a une tumeur papillaire qui est implantée par une base très large, elle remonte jusqu'à 0,01 du fond et s'étend en bas jusqu'à la muqueuse du col qui est dégénérée. Le muscle utérin est hypertrophié, nous ne voyons pas de traces d'infiltration dans ses parois. Le péritoine est sain.

Suites. — Excellentes. Pas de réaction opératoire.

Nous examinons la malade à sa sortie, un mois après l'opération ; la cicatrice vaginale est indemne. Les parois vaginales souples. La malade engraisse.

Nous avons revu cette malade au commencement de l'année 1899 ; elle était en parfait état de santé. Dix mois après son opération, il n'y avait pas de traces de récidive.

Examen microscopique. Il fut pratiqué par notre ami le Dr A. Claisse.

Epithélioma cylindrique.

Sur les coupes hautes de 15mm, la presque totalité est envahie par des boyaux de cellules cylindriques en une ou plusieurs couches, entourées d'une zone assez mince de tissu cellulaire. Ces cellules sont en voie de prolifération active ; les unes normales, les autres volumineuses et pleines de noyaux.

A la périphérie quelques faisceaux musculaires lisses. Dans cette zone, il n'y a pas d'envahissement néoplasique.

Observation 99, *inédite*. — Cancer du col, avec envahissement du vagin. H. A. Sans récidive cinq mois après.

Mme B... âgée de 31 ans. Débuts de l'affection actuelle il y a 10 mois. Réglée à 12 ans régulièrement. A 21 ans accouchement à 8 mois, l'enfant vint mort. Durant les trois mois qui suivirent, elle se plaignit du ventre et eut quelques hémorragies.

Le début de la maladie actuelle remonte à dix mois ; il se manifesta par des pertes blanches abondantes. Jamais elle n'a eu d'hémorragies véritables. Depuis deux à trois mois, elle perd des eaux rousses. Elle a un bon état général, n'a pas maigri, mais perdu un peu ses forces.

Examen. — On trouve un cancer du col, forme intra-cervicale, ayant détruit en partie le museau de tanche. La lèvre antérieure est réduite à une mince couche, la lèvre postérieure est beaucoup moins atteinte. La destruction avoisine le cul-de-sac latéral droit. Le ligament large gauche est un peu induré. La mobilité totale paraît diminuée, il y a une certaine résistance en avant. Le vagin est légèrement touché.

Hystérectomie abdominale totale (procédé Américain). — Les ligaments larges sont enlevés dans leur plus grande étendue, le vagin est décortiqué sur tout son pourtour et réséqué sur la longueur de deux à trois centimètres. M. Segond ne trouve pas de ganglions. Drainage vaginal et suture de la paroi en un seul plan au fil d'argent.

Pièce anatomique. — Le cancer n'a pas dépassé l'isthme, il est intra-cervical. Il a détruit une bonne partie du col. — Salpingite hémorragique gauche, et salpingite purulente droite. Ovaires scléro-kystiques.

Suites. — La malade fut revue cinq mois après en parfaite santé, sans traces de récidive.

Observation 100, *inédite*. — Cancer du col avec envahissement des parois vaginales. H. A. Greffe cancéreuse dans la cicatrice. — Récidive deux mois et demi après l'intervention. Mort au 8e mois.

Mme D..., 40 ans.

Antécédents héréditaires. — Son père est mort à 58 ans de dysenterie. Sa mère est morte à 47 ans de tuberculose pulmonaire. Ils eurent 4 enfants, 2 sont morts en bas âge, son frère est bien portant.

Antécédents personnels. — Elle eut la variole à l'âge de 10 ans.

Règles. — Réglée à 15 ans, très régulièrement; ses règles duraient 3 à 4 jours, elle perdait peu, sans caillots ni douleurs.

Premier mariage à 21 ans : 2 enfants : 1er accouchement difficile; les suites en furent bonnes, elle n'eut ni fièvre, ni hémorragies. Elle nourrit sa fille durant 3 à 4 mois; 2e accouchement facile. C'était un garçon qu'elle nourrit encore 3 à 4 mois; il mourut à 14 mois.

Deuxième mariage à 25 ans : 3 enfants dont 2 vivent, un garçon est mort à 18 mois.

Les accouchements se sont bien faits, les suites furent bonnes. Elle nourrissait ses enfants 3 à 4 mois, elle cessait parce qu'elle n'avait plus de lait. Elle eut son dernier enfant à 31 ans, depuis elle n'a pas fait de fausses couches et a toujours été bien réglée.

Histoire de la maladie. — Début au mois de septembre 1897, il y a 7 mois.

Pertes blanches. — Ce furent elles qui commencèrent; durant 3 mois elle perdit peu, et sans odeur. Ces pertes augmentèrent, surtout au mois de décembre et janvier; en février, elle était forcée de se garnir. Alors ces pertes avaient changé de teintes et étaient devenues rousses.

Eaux rousses. — Elles commencèrent au mois de février; depuis, elles, n'ont pas cessé; elles sont colorées plus fortement à certains moments moins teintées après un repos prolongé.

Pertes de sang. — Elle n'eut jamais de véritables hémorragies. Les règles duraient 2 à 3 jours. Dans l'intervalle, elle avait toujours des pertes colorées.

Odeur. — Depuis 6 semaines, l'odeur s'est montrée et est très accusée.

Douleurs.— Elles sont apparues il y a 2 mois. Ce sont des douleurs au fondement, faisant le tour de la racine des cuisses et se prolon-

geant vers les membres inférieurs. Ces douleurs ont augmenté d'intensité dans ce dernier mois. Elle souffre aussi des reins, ce sont des tranchées comme si elle allait accoucher.

État général. — La malade a pâli, elle s'est décolorée, elle a une teinte blanche sans cachexie. Elle est très grasse; elle aurait perdu un peu ses forces. L'état général est bon. L'appétit est conservé.

Examen. — Néoplasme du col en forme de choux-fleurs, tout le col paraît pris par la masse bourgeonnante. Le corps de l'utérus est gros. Le toucher provoque de petites hémorragies, l'odeur est très marquée. Le vagin est libre en avant, latéralement et à gauche l'infiltration s'arrête juste à la limite de réflexion du vagin sur l'utérus; latéralement et à droite, le vagin est envahi sur une étendue de deux centimètres et est capitonné; en arrière envahissement de deux centimètres.

Les culs-de-sac antérieur et latéral gauche sont libres, le cul-de-sac latéral droit est capitonné; en arrière dans le Douglas on ne sent pas de masse, mais le vagin est envahi.

La mobilité est moins grande, mais est à peu près gardée.

Cette malade avait été vue dans le service au mois de décembre 1897, on lui avait dit qu'il n'y avait qu'un curettage, rejetant l'hystérectomie vaginale.

Opération, le 9 avril 1898. — Hystérectomie abdominale totale avec ablation bilatérale des annexes. Procédé américain.

Attaque par le ligament large gauche comme d'habitude; ce ligament est nettoyé jusqu'à sa base de tout son tissu cellulaire. M. Segond voudrait alors décortiquer le vagin comme une peau de gant, de telle sorte qu'il n'y ait plus qu'à le sectionner au-dessous des parties envahies par le cancer.

Ayant séparé la vessie de l'utérus, il s'avance donc le plus bas possible le long des parois vaginales, à un moment la paroi vaginale déchire dans la dissection du côté gauche, alors l'utérus est enlevé comme dans le procédé américain.

Les parois vaginales sont examinées à nouveau, elles montrent qu'elles sont saines en avant et à gauche, mais en arrière et à droite trois centimètres de vagin sont encore enlevés. Il faut procéder à une dissection minutieuse d'avec le rectum. M. Segond craint de l'avoir perforé, un doigt introduit dans le rectum ne montre pas d'orifice.

Environ un centimètre a été enlevé circulairement, plus de trois centimètres ont été extirpés en arrière et à gauche.

M. Segond n'a pas vu de ganglions nulle part.

Ligature des artères et suture du vagin à la soie comme points hémostatiques. Drainage vaginal à la gaze iodoformée.

Un seul plan de sutures pour la paroi abdominale au fil d'argent.

Suites. — Le 7e jour, on ouvre le pansement et on trouve un abcès de la paroi. Les jours suivants cet abcès prend une odeur fécaloïde. On trouve dans le pus des matières noirâtres, en plus il sort du gaz par cette ouverture. État stationnaire durant 25 jours, l'état général de la malade s'est très affaibli. D'autres petits abcès se sont montrés sur la ligne de suture. Au bout d'un mois l'abcès inférieur se déterge, son odeur disparaît, les autres petits abcès sont guéris.

Examen le 12 mai. — La malade depuis son opération a eu continuellement de la diarrhée, qui n'a cessé que dans les premiers jours de mai. On lui a donné jusqu'à vingt centigrammes d'extrait thébaïque.

Les abcès sont guéris depuis 8 jours.

Durant le mois d'avril, la malade s'était cachectisée, maintenant elle reprend des couleurs et a bon appétit, les forces reviennent.

A l'examen, nous trouvons la cicatrice vaginale assez souple ; il ne nous semble pas qu'il y ait de l'induration profonde. Elle ne perd plus, les souffrances ont disparu totalement, elle dit elle-même qu'elle se sent très bien.

Le 23 juillet. La malade revient consulter. Son état général s'est affaibli, elle a beaucoup maigri, et a perdu ses forces. Elle n'a pas de teinte jaune paille, elle se plaint d'un peu de pertes blanches sans hémorragie. On lui trouve :

1° Une petite tumeur du volume d'un œuf au-dessous de l'ombilic dans la cicatrice abdominale.

2° Un bourgeon du volume d'un pouce filant vers le ligament large droit. Le toucher ramène du liquide sanguinolent.

Le rectum est souple, non envahi.

Opération le 25 juillet :

1° Ablation de la tumeur abdominale, en dépassant largement ses limites, l'ombilic est extirpé. On ouvre le péritoine pariétal qui est sain. La main introduite dans le ventre ne permet pas de percevoir quelque chose d'anormal du côté des reins ou du bassin. La tumeur ouverte montre que c'est nettement du cancer.

2° Curage des bourgeons vaginaux. On est conduit dans le ligament large droit et on n'ose pas trop avancer de crainte de blesser

l'uretère ou de crever le rectum. Le reste de la cicatrice vaginale paraît sain.

Suites. — 20 jours après, la cicatrice abdominale va très bien. Etat stationnaire du côté du vagin.

La malade se plaint toujours de violentes douleurs du côté du rectum que nous rapportons aux progrès du néoplasme. Ces douleurs n'ont fait qu'augmenter et la malade est morte au mois de novembre 1898.

Examen histologique dû à l'obligeance de notre ami le Dr A. Claisse. — Épithélioma pavimenteux du col utérin.

Les coupes sont constituées sur une hauteur de 5 à 6 mm. uniquement par de l'épithélioma. Cellules à type malpighien, formant des bourgeons séparés par des traces de tissu fibreux infiltré de petites cellules rondes. En dehors de la couche néoplasique, les éléments du tissu utérin sont normaux. Les limites entre les deux zones ne sont pas nettes, l'infiltration cellulaire se faisant par travées irrégulières et par petits îlots.

Observation 101, *inédite.* — **Cancer du col avec envahissement des parois vaginales. H. A. 1898. Récidive 3 mois après.**

Mme H..., 41 ans.

Antécédents héréditaires. — La mère est morte à 89 ans d'accident, son père est vivant, âgé de 85 ans. Ils eurent 26 enfants, il en reste encore 11 vivants aujourd'hui, les autres sont morts en bas âge. Pas de tare néoplasique dans la famille.

Antécédents personnels. — La malade a toujours été bien portante dans son enfance.

Règles. — Elle fut réglée à 11 ans 1/2 régulièrement, sans douleurs. Elle eut 14 enfants : les accouchements se firent dans des conditions normales, ainsi que les suites.

1° Une fille qu'elle eut à 17 ans. Elle l'a nourrie. Cette enfant est âgée aujourd'hui de 22 ans, bien portante.

2° Une fille qu'elle eut à 19 ans. Elle l'a nourrie.

3° Un garçon mort en venant au monde.

Enfants morts :
- 4° Garçon mort à 23 mois de variole.
- 5° fille morte à 6 ans de scarlatine.
- 6° garçon mort à 7 ans 1/2 du croup.
- 7° Garçon mort à 19 mois de scarlatine.
- 8° fille morte à 9 mois de tumeur à l'ombilic?

Enfants vivants
- 9° fille âgée de 12 ans.
- 10° fille âgée de 10 ans.
- 11° garçon âgé de 6 ans 1/2.
- 12° fille âgée de 3 ans.
- 13° garçon âgé de 19 ans.
- 14° garçon âgé de 16 ans 1/2.

Elle a nourri tous ses enfants, en plus elle a élevé au sein 9 nourrissons, ce qui fait qu'elle a allaité toujours en même temps deux enfants.

Jamais ses règles ne se montrèrent durant l'allaitement, c'est seulement durant le dernier allaitement qu'elle les vit réapparaître.

Histoire de la maladie. — La malade rapporte le début de sa maladie à un traumatisme. Il y a 3 ans, au mois de septembre, elle aurait reçu un coup de pied dans le bas ventre dans une dispute avec son mari. A la suite elle serait restée deux mois au lit, et ses règles se seraient arrêtées du mois de septembre au mois de janvier. Remarquons qu'au moment de ce traumatisme elle nourrissait une de ses filles, et que, malgré l'allaitement, elle vit ses règles tout le temps. C'était la première fois que cela lui arrivait.

Début réel, 1re perte de sang. — Au mois de janvier 1897, perte de sang très abondante qui dura 11 jours et qui la força à s'aliter. Du mois de janvier au mois de mars, elle n'eut ni pertes, ni règles.

Elle est entrée au mois de mars, pour des douleurs dans le bas-ventre dans le service de M. Segond. Elle cessa seulement à ce moment d'allaiter. A l'examen on porte le diagnostic de métrite hémorragique, tout en soupçonnant l'épithélioma.

Un *curettage* lui fut fait le 15 mars 1897.

Du mois de mars au mois de septembre, elle ne revit pas ses règles. Quand elles se montrèrent, elle souffrit beaucoup dans le bas-ventre. Durant ces 6 mois qu'elle passa à la campagne, elle reprit des forces et engraissa. Du mois de septembre au mois de janvier, les règles furent régulières; elles étaient peu abondantes et duraient 7 à 8 jours.

2e perte de sang très abondante au mois de janvier 1898. Elle se montra dans l'intervalle des règles et dura 15 jours. La malade s'alita.

3e perte de sang au 1er mai, durée 17 jours. Entre le mois de janvier et le mois de mai, elle n'avait pas eu ses règles.

Eaux rousses. Depuis le mois de janvier, elle est forcée de se gar-

nir surtout les nuits; dans la journée elle perd peu. Ce ne sont pas des pertes blanches, mais de l'eau rousse.

Douleurs. Elles ont commencé au mois de septembre quand la malade a repris son travail. Depuis le mois de janvier, les souffrances ont augmenté. Elles sont plus marquées du côté gauche, ne se manifestent pas du côté des reins et des cuisses. On est forcé de la piquer à la morphine pour cette raison.

Amaigrissement. Il serait très marqué, la malade dit qu'elle a maigri de moitié. Elle est pâle comme les personnes qui ont eu des hémorragies abondantes, mais n'a pas du tout le facies cachectique.

La perte de forces a été très remarquée par la malade. L'appétit est conservé, les digestions sont difficiles. Un peu de difficulté d'uriner, brûlure au début et à la fin de la miction.

Rien du côté du rectum.

Examen. — Cancer du col, forme ulcéreuse, induration des deux lèvres avec quelques végétations.

La paroi vaginale est indurée en arrière à son point de réflexion. Les culs-de-sac sont libres, sauf en avant et latéralement à gauche, où il y a une légère induration.

Le corps de l'utérus est gros.

L'utérus est assez mobile.

Le toucher détermine une hémorragie peu abondante.

Opération. 18 juin 1898.— Hystérectomie abdominale avec ablation des annexes. Procédé américain.

L'ablation de l'utérus et des annexes ne fut pas difficile. Le décollement en avant de la vessie se fit assez facilement bien que le tissu laissât des doutes sur sa valeur; il était plus blanc et plus facilement déchirable qu'à l'ordinaire.

Le col de l'utérus ne put être pris solidement dans sa portion sous-vaginale, il se déchira et ne vint que par morceaux. On gara bien entendu le péritoine.

L'opération totale se fit en deux temps:

1° ablation de l'utérus et des annexes.

2° extirpation des portions malades du vagin.

Les parois vaginales furent prises, tendues, décollées des tissus voisins et réséquées de 0,03 en arrière; 0,01 à 0,02 latéralement et en avant. On ne vit pas les uretères dans le décollement latéral du vagin.

L'ennui de cette opération fut l'hémostase. Elle fut faite facilement pour les utérines et les utéro-ovariennes. Mais le point de jonction des ligaments larges avec l'utérus en bas saignaient en nappe. Des points séparés furent placés. Les parois postérieure et latérales du vagin saignaient abondamment, des sutures arrêtèrent l'hémorragie.

Durant l'opération on ne vit pas de ganglions. Drainage vaginal.

Pièce anatomique. Cancer du col ayant surtout détruit la lèvre postérieure. Le corps est augmenté dans sa musculature.

La muqueuse du corps est d'un rouge vineux.

Suites. — Les suites immédiates furent bonnes. Douze jours après la malade se plaignit de perdre une partie de ses urines par le vagin. Depuis 4 ou 5 jours elle disait qu'elle souffrait dans la région rénale gauche mais on n'y prenait pas trop garde, pensant que ces douleurs devaient être mises sur le compte de l'opération. En l'examinant au spéculum, on constata en effet que de l'urine s'écoulait par le côté gauche de la plaie.

Vers les 20 jours, la malade fut prise d'accidents aigus et graves. La température monta à 39 et 39,5 et s'y maintint durant 3 jours. En même temps elle souffrait dans tout le ventre, avec localisation maxima de la douleur au niveau des régions rénales, tantôt d'un côté, tantôt de l'autre. L'urine s'écoulait par le vagin comme à l'ordinaire. La palpation des régions rénales et du ventre ne donna aucun résultat. La malade avait un léger œdème des membres inférieurs et un peu de bouffissure de la face. Tous ces accidents se calmèrent après 4 jours (traitement : révulsion sur la région rénale et régime lacté absolu.)

Un mois après, elle sortait de l'hôpital ne se plaignant plus de douleurs au niveau des reins.

L'état général est bon, les forces reviennent, l'appétit est excellent. La malade s'est colorée.

La cicatrice vaginale est souple, sans induration profonde, ni bourgeons. Sur le côté gauche on voit sourdre l'urine, on ne voit pas l'orifice par où elle s'écoule, un fin stylet ne peut trouver l'embouchure. D'ailleurs l'écoulement d'urine gêne moins la malade, qui n'en souffre que peu en mettant un tampon de ouate dans le vagin. Les douleurs dans le ventre ont cessé.

Examen microscopique. — Il fut pratiqué par notre ami le D. A. Claisse.

Portion du col. Tissu conjonctif et musculaire lisse ; une tré-

mité de la coupe est constituée par des amas de cellules épithéliales (*épithélioma pavimenteux typique*).

Muqueuse du corps : endométrite inflammatoire simple.

Noyaux blancs et durs des ovaires, tissu fibrineux.

Suites éloignées. — La malade revint à la Salpêtrière en octobre 1898. Sa fistule urinaire s'est tarie au mois d'août. Elle se plaignait de douleurs au niveau de la clavicule gauche depuis deux mois, les mouvements du bras gauche auraient été rendus impossibles pendant un certain temps. Il existe un gonflement très douloureux à la partie interne de la clavicule, nous pensons à une localisation néoplasique avec peut-être des traces d'une fracture. En même temps, violentes douleurs à la région rénale depuis au moins un mois. Récidive dans la cicatrice avec plaque indurée du côté de la paroi vésicale. La malade est revue en mars 1898. Les souffrances sont intolérables, leur maximum est localisé au niveau des régions lombaires. Crises d'hydronéphrose intermittentes. A l'examen, on trouve dans le bassin une grosse masse néoplasique; au niveau de la région rénale gauche, on perçoit une autre tumeur du volume du poing qui est très douloureuse. La malade s'est toujours cachectisée, sa clavicule gauche est toujours volumineuse, mais pas douloureuse.

Observation 102, *inédite.* — **Cancer du col. Laparotomie restée explorative à cause de l'étendue de l'envahissement de la vessie.**

Mme L..., 46 ans. — Nous n'avons rien à signaler dans ses antécédents héréditaires.

Antécédents. — Elle n'a pas eu de maladies dans l'enfance.

A l'âge de 30 ans, bronchite aiguë, puis pleurésie qui n'a pas été ponctionnée. Elle fut souffrante durant 2 mois. A 32 ans, à la suite d'un accouchement, elle eut des douleurs dans le ventre sans pertes blanches ni rouges.

Règles. — Elle vit ses règles pour la première fois à 16 ans; depuis elles ont toujours été régulières jusqu'à l'âge de 35 à 36 ans. Elle duraient 3 à 4 jours, étaient très fortes, sans caillots, sans douleurs, elles avançaient de 3 à 4 jours.

Mariée à 21 ans, elle eut 4 enfants et 3 fausses couches. Il ne lui reste que deux enfants vivants. Elle eut un enfant à l'âge de 22 ans, qui est bien portant. Elle l'a nourri durant 18 mois. L'accouchement et les suites furent normaux. Elle fit une fausse couche de 3 mois

à 23 ans. Elle resta 1 mois au lit, eut des pertes de sang durant tout ce mois, puis se remit très bien.

Elle eut une fille à 25 ans, elle l'a nourrie 15 mois. L'accouchement et les suites furent bons. L'enfant est morte de diphtérie à 4 ans 1/2. Elle eut une autre fille à 28 ans, elle l'a nourrie 15 mois. L'accouchement et les suites furent normaux. L'enfant est morte d'accident à 3 ans 1/2 ; une fausse couche à 29 ans, retard de 15 jours. Pas de suites fâcheuses.

Elle eut encore une fille à 32 ans, elle l'a nourrie 18 mois. L'accouchement et les suites furent bons. L'enfant est âgée de 15 ans et bien portante, puis une fausse couche de 3 mois à 37 ans, sans accidents.

Histoire de la maladie. — Vers l'âge de 34 ans, la malade a remarqué que ses règles se montraient tous les quinze jours; ce retour fréquent de règles était très régulier, et elle perdait durant 3 à 4 jours. Elle se fatiguait beaucoup et elle pensait que c'était la cause de ces hémorragies.

Cet état a persisté durant 10 ans, c'est-à-dire jusqu'à 45 ans. Elle avait sans doute de la métrite hémorragique à la suite de ses couches ou fausses couches.

Début. Depuis 1 an elle perd continuellement; durant 2 jours, elle perd peu abondamment, mais tous les 3 ou 4 jours elle est forcée de se garnir. Cette manière d'être ne va pas en s'augmentant depuis le début, mais est restée stationnaire.

Pertes blanches. Elles sont peu abondantes, pourtant la malade en a toujours eu.

Pas d'odeur.

Douleurs. Elle souffre au niveau des reins et est prise parfois d'un lumbago qui la force à garder le lit.

Elle n'a pas de douleurs en allant à la selle ou en urinant. Elle ne souffre pas dans le bas ventre.

Etat général. Elle a peu d'appétit, mais elle a toujours été comme cela. Elle est toujours constipée.

Les forces sont beaucoup diminuées à cause de ces pertes rouges continuelles, elle ne peut presque pas monter les escaliers, ni se lever; l'amaigrissement est très marqué; le facies n'a pas beaucoup changé, la malade a encore des couleurs.

Petite hernie ombilicale.

Examen. — Col ulcéré surtout à la lèvre postérieure, et forme intra-

cervicale très marquée. Il y a surtout de l'infiltration avec des végétations peu exubérantes. L'utérus est gros.

Le cul-de-sac gauche est libre, le droit paraît légèrement infiltré, le cul-de-sac postérieur est bombé en arrière, la muqueuse est libre, le cul-de-sac antérieur est libre, mais la masse néoplasique s'est aussi développée aux dépens de la paroi antérieure de l'utérus.

Les parois vaginales ne sont pas envahies à leurs points de réflexion, pourtant la muqueuse qui recouvre le col est totalement prise sans parties saines. L'utérus n'est pas complètement mobile.

Intervention proposée : hystérectomie abdominale totale avec ablation des parois vaginales approchant le néoplasme.

Opération. — 1er avril 1898. Laparotomie exploratrice médiane.

On voit alors qu'une masse considérable recouverte par le péritoine s'avance au devant de l'utérus : c'est la vessie. Cette situation paraît exceptionnelle, il n'y a plus de loge antérieure. La vessie et l'utérus ne font qu'un, il n'y a plus de cul-de-sac vésico-utérin. M. Segond pense à aborder le néoplasme par le cul-de-sac postérieur libre, mais il rejette cette voie, vu l'adhérence de la vessie sur toute la face antérieure. Un petit décollement vésical est essayé au niveau du bas-fond, une hémorragie assez abondante se produit. Alors il faudrait faire une résection de la vessie sans savoir s'il serait possible de dépasser les limites du néoplasme. M. Segond préfère borner à cela son intervention.

Fermeture de la paroi en 1 seul plan de fils d'argent. Curettages.

Suites. — Bonnes, la malade fut revue en juillet. L'état général est resté bon.

On lui fait des séances de thermo-cautère qui lui détruisent une parties des lèvres du col et assainissent la cavité intra-utérine. Elle perd beaucoup moins de sang.

CONCLUSIONS

I. — HYSTÉRECTOMIES VAGINALES TOTALES

1° *Les soins préliminaires* tendent à la destruction du néoplasme et par cela même à l'asepsie du champ opératoire futur. Ils consisteront en cautérisations faites au thermocautère, en curettages à la cocaïne pratiqués quelques jours avant l'hystérectomie vaginale, en pansements antiseptiques, les antiseptiques étant de préférence incorporés dans des corps gras (vaseline). Durant ces soins, l'examen microscopique des débris du curettage ou de fragments prélevés aura confirmé le diagnostic de cancer, et autorisé l'intervention. Les indications de l'ablation totale seront mieux posées, puisque le nettoyage minutieux du néoplasme aura permis un examen plus rigoureux.

2° Nous recommandons de toucher le moins possible les surfaces cruentées avec des instruments ou des doigts souillés par le contact du cancer. Deux plateaux d'instruments sont nécessaires, chacun d'eux ne devant servir qu'à une besogne déterminée. Le thermocautère ne sera pas oublié, c'est l'instrument d'attaque et de destruction du néoplasme, c'est le complément indispensable de toute ablation totale.

3° L'*hystérectomie vaginale* doit être pratiquée suivant le procédé de M. Segond ; lui-même en a montré les avantages. « Par l'hémostase préventive des utérines :

a. La section des ligaments utéro-sacrés est permise, elle supprime d'emblée le premier et le principal obstacle à l'abaissement.

b. Dès le début de l'opération, l'hémostase des tranches vaginales est assurée et maintenue, si bien que, dans la grande majorité des cas, on n'a plus à s'en occuper.

c. On fait un temps spécial et méthodique de la seule étape opératoire durant laquelle la blessure de l'uretère soit possible. Rien de plus simple par conséquent que de prendre les mesures voulues pour éviter cet accident, lequel est impossible durant les phases ultérieures de l'intervention.

d. Le champ opératoire peut être débarrassé d'une masse charnue gênante et même dangereuse dans les cancers du col; et de bonnes prises peuvent être effectuées sur le corps de l'organe. »

e. Un dernier avantage que nous trouvons à signaler est celui d'un morcellement plus ou moins complet, suivant les nécessités.

4° Pour réaliser l'*hémostase définitive*, les ligatures doivent être abandonnées, et toutes nos préférences vont aux pinces à demeure. Le jour où l'on aura à sa disposition des pinces maniables comme un clamp ordinaire avec une force de pression suffisante, la vasotripsie ou l'angiotripsie sera la méthode idéale à tous les points de vue.

Sans rééditer les avantages et les inconvénients de l'ablation des annexes en général, nous pensons que l'extirpation totale de la matrice pour cancer doit être suivie d'ablation des annexes pour les raisons suivantes :

a. Leur suppression physiologique ou chirurgicale joue un rôle dans l'évolution du cancer de l'utérus. Peu nous

importe que ce fait soit dû, soit à l'absence de sécrétion ovarienne, soit simplement à la cessation des poussées congestives qui accompagnent les règles.

b. Les métastases cancéreuses de l'ovaire, bien que rares, sont incontestables, elles forceraient la main si elles étaient reconnues.

c. Plus l'exérèse est large, plus elle est utile, surtout quand elle supprime une partie des ligaments larges et leur contenu.

d. Les difficultés opératoires sont sous la dépendance de plusieurs facteurs : 1° de la friabilité utérine ; 2° du volume de l'organe ; 3° de l'extension du cancer propagé au paramètre, aux ligaments larges et au vagin ; 4° de lésions qui se surajoutent au néoplasme ; les unes en rapport probablement avec lui : hydromètre, hématomètre, pyomètre, les autres sans liens communs : kystes de l'ovaire, salpingites, fibrômes, etc.

5° Les *résultats* doivent être classés de deux manières différentes :

a. Malades chez lesquelles le cancer a envahi peu ou beaucoup le paramètre, les ligaments larges et le vagin. Les résultats sont déplorables, des difficultés, des accidents opératoires et post-opératoires, une mortalité élevée, des récidives rapides dans le cours de la première année, tel est l'apanage de cette catégorie de faits.

b. Malades chez lesquelles le cancer est resté limité à l'utérus.

Les résultats immédiats sont très bons, les difficultés, accidents opératoires et post-opératoires, ont presque disparu, il n'y a presque plus de décès. Les résultats éloignés sont toujours mauvais puisqu'on s'attaque au

cancer, pourtant ils présentent certains encouragements.

La cure radicale de la récidive tentée par la voie vaginale fut reconnue comme impuissante par tous les chirurgiens. Il fallait s'en tenir à quelques soins ou opérations appropriées; toute tentative d'ablation, même dans des cas exceptionnels, devenait hasardeuse et pleine de périls. — Quelques chercheurs pensèrent que la voie haute donnerait plus de facilité et de sécurité. Ils pratiquèrent la laparotomie qui fut le plus souvent exploratrice, leurs essais d'extirpation totale furent illusoires. En surplus, la laparotomie pour récidive n'est pas seulement dangereuse dans sa poursuite d'un but thérapeutique presque irréalisable, elle est encore néfaste parce qu'elle n'est pas radicale et crée ainsi des conditions plus mauvaises que celles qui existaient auparavant.

6° *Survies. a. Hystérectomies palliatives.* — Les cancéreuses qui survivent deux, trois, quatre ans, sont dans la proportion de 15 à 20 0/0 ; et les morts par récidive sont d'autant plus fréquentes qu'on se rapproche des premières années. Si ces résultats éloignés ne sont pas brillants, ils sont loin d'être négligeables, puisque, durant ce laps de temps plus ou moins court, la guérison semble parfaite.

b. Hystérectomies peut-être radicales. — Les guérisons d'apparence radicales sont indéniables. Les 12 p. 100 de Byrne paraissent se rapprocher le plus de la vérité à l'époque actuelle, les 25 p. 100 d'Olshausen devront être atteints quand on précisera mieux les indications. Les survies ne datant pas de plus de quatre ans sont considérées, en général, comme ne pouvant être que des guérisons temporaires, celles qui dépassent 5 ans comme des guérisons définitives.

c. Les survies sont plus fréquentes et plus longues dans les cancers du corps.

7° *Valeur thérapeutique des symptômes*. — 1° Symptômes fonctionnels. Ils n'ont qu'une valeur très relative au point de vue des indications. Leur constatation, les conditions dans lesquelles ils apparaissent permettent le diagnostic, et c'est plus de cette façon que par leurs modalités cliniques, qu'ils sont utiles. Jamais, pour nous, à eux seuls, ils n'indiquent ou contre-indiquent l'hystérectomie vaginale.

2° Signes physiques et examen microscopique. Ces explorations sont indispensables, ce sont elles qui indiquent et contre-indiquent l'hystérectomie vaginale.

8° *Indications et contre-indications*. — En règle générale il ne faut opérer par la voie vaginale que des cancers au début ou des cancers nettement limités à l'utérus. Quand les lésions atteignent soit le paramètre, soit les ligaments, soit le vagin, la voie sous-pubienne est contre-indiquée, les opérations palliatives sont les seules auxquelles on doive avoir recours.

II. — HYSTÉRECTOMIES ABDOMINALES TOTALES

1° Quand la voie haute est indiquée, c'est l'hystérectomie abdominale totale qui mérite toutes les préférences. Les méthodes vagino-abdominale et abdomino-vaginale lui sont inférieures et doivent être abandonnées. Le procédé américain tel que l'a décrit M. Segond est le procédé de choix. Il s'applique à tous les cas et permet de ne pas toucher aux masses cancéreuses. Quand on y est forcé, c'est seulement à la fin de l'intervention que ce contact se produit.

2° Les hystérectomies abdominales totales furent dirigées au début contre des cancers ayant envahi le tissu cellulaire, les ganglions et le vagin. Ces tentatives furent bientôt abandonnées, et aujourd'hui ces interventions obéissent aux mêmes indications que l'hystérectomie vaginale.

3° La mortalité de l'opération de Freund, qui était de plus de 70 p. 100 autrefois, s'est abaissée à 20 p. 100. Ce chiffre n'a qu'une valeur relative, il est sans doute inférieur à la réalité. Il nous apprend pourtant qu'on ne peut s'appuyer sur la gravité de l'intervention pour la rejeter.

4° L'hystérectomie abdominale totale n'a pas répondu aux espérances qu'elle avait fait naître, les résultats éloignés sont mauvais, puisque la majorité des malades a récidivé dans la première année, et que la période d'amélioration qui a suivi l'opération a été presque nulle; que l'hystérectomie abdominale totale appliquée à des cancers au début donne des résultats immédiats et éloignés plus favorables, nous n'en doutons pas.

5° L'hystérectomie abdominale totale fournira-t-elle des résultats aussi bons que l'hystérectomie vaginale? Nous ne le croyons pas quand nous pensons aux dangers qui lui sont inhérents, lorsqu'elle s'attaque au cancer. Pour nous, elle n'est jamais indiquée dans les cancers du col, nous comprenons qu'on y ait recours dans les cancers du corps; mais ce n'est qu'à titre exceptionnel (quand le col est atteint de ramollissement et quand la matrice dépasse le volume du poing), que le passage par l'abdomen est obligatoire.

6° La légitimité des hystérectomies totales est prouvée

par les statistiques actuelles. Les ablations totales sont bien supérieures aux hystérectomies partielles quand on croit pouvoir enlever toutes les productions néoplasiques ; elles leur sont très inférieures quand on ne peut dépasser les limites du mal. Dans ce cas, il vaut mieux pratiquer des hystérectomies partielles, elles sont plus efficaces. Par la conception de l'intégrité du dôme pelvien, nous avons essayé de justifier cette dernière conclusion.

En résumé : l'hystérectomie vaginale totale avec ablation des annexes demeure l'opération de choix dans les cancers du col et dans ceux du corps non compliqués. Pour avoir le droit de la pratiquer, il faut que le néoplasme n'ait pas franchi les limites de l'utérus ; c'est la condition unique, mais nécessaire. Avec cette restriction, l'hystérectomie abdominale totale n'est jamais indiquée pour les cancers du col; seuls, ceux du corps la réclament à titre exceptionnel quand le col est atteint de ramollissement et quand la matrice est trop volumineuse pour être extraite sans difficultés par la voie sous-pubienne.

A peine le cancer a-t-il entrepris, même légèrement, le paramètre, les ligaments larges ou le vagin, que les hystérectomies totales vaginales ou abdominales ne sont déjà plus indiquées, le traitement palliatif a repris tous ses droits puisqu'il donne de meilleurs résultats.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE [1]

Barraud. — Thèse Paris, 1889.

Baudron. — De l'hystérectomie vaginale. Thèse Paris, 1894.

Beatson. — Traitement du cancer inopérable (*Soc. gyné. angl.*, 8 avril 1897. *Brit. méd. Journ.*, 1er mai 97. *Sem. gyn.* 1897, page 261.

— Valeur de la cachexie dans le diagnostic du cancer (*Soc. obs. et gyn. de Glasgow.*, 25 nov. 1896. *Brit. méd. Journ.*, 12 déc. 1896. *Sem., gyn.* 1897.)

Berry May Dickinson. — Sur qq. faits relatifs au carcinôme de l'utérus (*The Lancet*, 1897), 20 nov. page 1301.

Bisch. — Th. de Lyon, 1891-1892.

Bonnet Blanc. — Indication du curettage (thèse de Paris, 1896-1897, n° 114).

Boscke (Ch.). — Cancer utérin et grossesse. De la conduite à tenir dans le cas de cancer du col compliqué de grossesse (thèse de Paris, 1896-1897).

Bouilly. — Des résultats thérapeutiques de l'hystérectomie vaginale contre le cancer de l'utérus. *Bulletin et Mém. de la Société de chirurgie*, 1888, p. 761. — Des résultats thérapeutiques de l'hystérectomie vaginale contre le cancer de l'utérus. (*La Semaine gynécologique*, année 1897, pages 148, 149, 150, 154, 155, 156.)

Bourgeois. — De la coexistence des tumeurs fibreuses de l'utérus et du cancer de cet organe (Th. de Lyon, 1897).

Boyet Stanley. — Oophorectomie dans le traitement du cancer (*Brit. méd. Journ.*, 2 octobre 1897. *Semaine gynécologique*, 1898, p. 31).

Bratoff. — Pyométrie et son traitement chirurgical palliatif (Thèse de Nancy, 1898).

Brugère. — Thèse de Bordeaux, 1892-93.

Byrne (John). — Valeur relative de l'hystérectomie totale ou partielle pour cancer du col, par les procédés habituels, et l'excision supra-vaginale au

(1) Nota. — Pour les publications antérieures aux années 1888 et 1889, consulter les livres classiques français, les traités de Hégar et Kaltenbach, d'Hofmeier, etc., et la thèse d'agrégation de M. Picqué.

galvanocautère (*American gyn. Society*, 27 mai 1896. *Médical News*, 13 juin 1896. *Sem. gyn.* 96).

Cann (Mc). — Pincement et ligature dans l'hystérectomie vaginale pour le cancer de l'utérus (*Brit. méd. Journ.* 3 sept. 1898. *Semaine gynéc.* 1898, p. 7).

Cercha. — Des lésions de la muqueuse utérine dans le cancer de la portion vaginale et du col (*Przeglad Lek.*, n° 29, 30, 31, 33, 36, 185).

Chalot. — Traité élémentaire de chirurgie et de médecine opératoire. Paris, 1898.

Champion. — Traitement palliatif du cancer utérin inopérable (Thèse de Paris, 1896-1897, n° 10).

Cittadini. — Convient-il d'intervenir par cœliotomie abdominale dans l'hystérectomie pour cancer du col (*Annales de la Société belge de gynécologie*, 1897, n° 5).

Clarke (A.-E.) — Rapports des affections malignes des annexes avec l'invasion primitive de l'utérus (*The American Journal of Obstetrics*, octobre 1896, *Soc gyn.* 1897).

Clupot. — De l'hystérectomie vaginale sans incision préalable des culs-de-sac postérieurs et latéraux (Thèse de Lyon, 1898).

Cojrel. — L'hystéroscopie, son instrumentation, son manuel opératoire, ses résultats acquis (thèse de Paris, 1896-97).

Cornet. — De l'évidement de l'utérus au thermo-cautère (thèse de Lyon. 1897-1898).

Cornil. — Leçons sur l'anatomie pathologique des métrites, des salpingites et des cancers de l'utérus, 1889.

Delbet (Pierre). — Traité de chirurgie Duplay et Reclus, t. VIII, p. 466.

Delbet et Varnier. — Rétroflexion complète de l'utérus gravide à terme. Obstruction pelvienne par un fibrôme adhérent. Hystérectomie abdominale totale. Guérison (*Annales de gynécologie et d'obstétrique*, 115 à 127, 1897).

Dœderlin (A.). — De la technique de l'hystérectomie vaginale, pinces ou ligatures. (*Centralb. f Gynæk.*, 23 janv. 1897, *Sem. gyn.* 1897).

Doyen. — 324 opérations sur l'utérus et les annexes (*Archives provinciales de chirurgie.* 1892, p. 509).

— Traitement chirurgical des inflammations néoplasiques de l'utérus et de ses annexes., 2e édit. Paris, 1893, p. 121.

— Technique chirurgicale. Paris, 1897.

Dupuy (H.). — La métrite hémorragique de la ménopause et de la vieillesse (Thèse de Bordeaux, 1896-1897).

Duret. — Du morcellement dans le cancer utérin (*Journal des Soc. méd. de Lille*, 12 janvier 1895).

Enrico d'Anna. — Sur les lésions des trompes accompagnant les grosses

tumeurs de l'utérus, des ligaments larges et des ovaires (*La Rassegna d'obstetricia e ginecologia*, février 1897. *Sem. gyn.*, 1897, page 224).

Fabre Domergue. — Les cancers épithéliaux. Histologie, histogenèse, étiologie, applications thérapeutiques. 1898.

Faure (J.-L.). — Procédé d'hystérectomie abdominale par section médiane de l'utérus. *Presse médicale*, 1897. — *Congrès de Chirurgie*. Paris, 1898.

Fehling. — Le cancer de l'utérus dans la grossesse et l'accouchement. — 69e congrès des naturalistes et médecins allemands réuni à Brunswick du 20 au 26 septembre 1897 (*Semaine gynécologique*, page 373, année 1897).

Ficki. — Cancer ou hypertrophie du parenchyme et de la muqueuse du col utérin. (*Medygyna*, nos 36-37, 1895. *Sem. gyn* , 1897).

Fisch (E. F.). — Doit-on respecter l'utérus lorsqu'on pratique l'ablation des annexes? (*Americ. Assoc. of obst. and gynec.* 22-24 sept. 1896. *The Amer. Journ. of obst.*, nov. 1896. *Sem. gyn.* 1897).

Fredet. — Ligature de l'artère utérine et de ses branches en masse par le vagin (*Soc. anat.*, 18 fév. 1898).

Fritsch (H.)—Traité des maladies des femmes, traduit sur la VIIIe édition allemande par Stos. Paris, 1898.

Gemmel. — Adénôme malin de l'utérus (*Med. Chronicle*, fév. 1897. *Sem. gyn.*, 1897.

Goubareff, rapporteur au 12e Congrès de Moscou (*Annales de gyn. et d'obst.* 1897, pages 445).

Hartmann. — L'hystérectomie abdominale totale, sa technique opératoire, ses indications. (*Annales de gyn. et d'obst.* 1897, p. 12).

Hartmann et Fredet. — Des ligatures atrophiantes dans le traitement des tumeurs utérines (*Annales de gynécologie et d'obstétrique*, 1898, pp. 111-129).

Hegar et Kaltenbach. — Traité de gynécologie opératoire, traduction du Dr Bar, 1885.

Helme (Arthur). — Technique de l'hystérectomie vaginale avec 10 observations (*Brit. Méd. Journ.*, 31 oct. 1896, *Sem. gyn.*, 1897).

Henrotay. — Du traitement chirurgical du cancer utérin (*Bulletin de la Société belge de gynécologie*, 1898).

Hernandez. — Traitement du cancer de l'utérus gravide (*Annales de gyn. et d'obst.*, 1894, p. 81).

Hofmeier. — Manuel de gynécologie opératoire, traduction du Dr Lauwers de Courtrai, 1889.

Jacobs (Bruxelles). — Cancer primitif du corps de l'utérus (*Annales de l'institut Sainte-Anne*, 1896, p. 237).

— De la castration utéro-annexielle totale par la voie abdominale (*Bulletin de la Société belge de gynécologie*, 1897).

Jacobs. — Des résultats de l'hystérectomie vaginale dans le cancer utérin (*Journal d'accouchements* du Professeur Charles, 15 août 1897).

— La voie abdominale dans le traitement du cancer utérin (*Bulletin de la Société belge de gynéc. et d'obst.* 1897, p. 131).

— Résultats tardifs de l'intervention abdominale dans le cancer utérin (*Bull. de la Soc. belge de gynéc. et d'obst.*, 1898).

— Ablation génitale abdominale dans le cancer utérin (*Bulletin de la Soc. belge de gynéc.*, 1898, p. 160).

Janvrin (J -E.). — Choix de l'opération dans les cancers du col et du corps de l'utérus (*Société d'obstétrique de New-York*, 1897. *The Americ. gyn. and obst. Journ.*, mai 1897. *Sem. gyn.*, page 199).

Jessett Bowreman. — Diagnostic précoce du cancer du corps de l'utérus. (*Soc. gyn. angl.* 8 oct. 1896. *Brit. Med. Journ.*, 24 oct. 1896. *Sem. gyn.* 1896).

Knowley-Thornton. — Diagnostic précoce du cancer de l'utérus et son traitement (*Congrès ann. de l'Assoc. méd. Brit.* 1896. *Brit. med. J.*, 2 février 1896).

Kustner. — 12e Congrès de Moscou (*Annales de gyn. et d'obst.* 1897, page 446).

Labadie-Lagrave et Legueu. — Traité médico-chirurgical de gynécologie. 1898.

Lairé. — Des résultats éloignés de l'hystérectomie vaginale totale dans le cancer de l'utérus (Thèse de Paris, 1895-1896, no 322).

Lauwers (Courtrai). — Dégénérescences et complications des myômes utérins (*Bulletin de la Société belge de gynécologie et d'obstétrique.* 1897, p. 49).

Le Dentu. — Pronostic de l'hystérectomie vaginale dans le cas de cancer de l'utérus (*Sem. gyn.* 1897, n° 50).

Le Dentu et Pichevin. — Diagnostic d'un cancer utérin à l'aide du curage explorateur. Hystérectomie vaginale. Guérison datant de près de six ans (*Sem. gyn.* 1897).

Legueu et Marien. — Des éléments glandulaires dans les fibro-myômes de l'utérus (*Ann. de gynéc. et d'obst.* 1898, p. 135).

Longuet. — De l'hystérectomie vaginale totale pour cancer de l'utérus (*Progrès médical.* 1899).

Maas (Frizt). — Mérite et carcinôme utérin (*Soc. de gyn. de Détroit. Annals of gyn. and pediatry.* Juillet 1897. *Semaine gynécologique.* 1897, p. 341).

Mackenrodt. — Extirpation au galvano-cautère des cancers utérins et vaginaux (*Centralbl. f. gyn.* Février 1896, p. 126. *Semaine gynécologique.* 1896).

— De l'extirpation de l'utérus (*Verhandlungen der Deutschen Gynækologischen Gesellschaft.* 1897. *Semaine gynéc.* 1898, page 14).

MALAPERT (M.). — Du manuel opératoire de l'hystérectomie vaginale. Thèse de Paris. 1893, p. 74.

MAUCLAIRE. — *Société de chirurgie.* 1899.

MESLAY ET HYENNE. — Les dégénérescences des fibromyomes de l'utérus (*Ann. de gynéc. et d'obst.* Année 1898, page 121).

MONOD (E.). — Amputation supra-vaginale du col dans un cas de cancer et grossesse consécutive (*Archives cliniq. de Bordeaux*, n° 1. Janvier 1896).

MULLER (P.). — Eine Modifikation der vaginalen total Extirpation des uterus (*Centr. f. gyn.* 1882, n° 6, pp. 113-115).

OLSHAUSEN. — Sur les principes de l'extirpation vaginale de l'utérus carcinomateux (25e Congrès allemand de chirurgie. Séance du 29 mai 1896).

— 12e Congrès de Moscou (*Ann. de gyn. et d'obst.* 1897, page 447).

OTT (V.). — 12e Congrès de Moscou (*Ann. de gyn. et d'obst.* 1894, page 447).

PÉAN. — De l'intervention chirurgicale dans les petites tumeurs de l'ovaire et de l'utérus (ouvrage présenté à l'Académie de médecine, séance du 3 juillet 1883).

— Du choix de la méthode dans le traitement des tumeurs du bassin par la gastrotomie (*Gaz. des hôp.* 1885, page 474).

— Du morcellement appliqué à l'ablation totale de l'utérus dans certains cas de tumeurs fibreuses et de cancers (*Gaz. des hôp.* 21 janvier 1896, page 63).

— Du pincement préventif et du pincement définitif des vaisseaux dans les opérations chirurgicales (*Gaz. des hôp.* 6 juillet 1880, p. 621).

— *Société de chirurgie.* 14 mars 1888.

— Comptes rendus du Congrès de Berlin (*Bull. de l'Académie de médecine,* 1890, p. 9.

— *Bull. méd.* 1890, p. 633. Leçon publiée par Audoin.

— 10e Congrès intern. de Berlin. *Ann. de gyn.* Août 1890, t. XXXIV, p. 110).

— Quelques considérations sur le diagnostic et le traitement de certaines tumeurs de l'utérus et de ses annexes par la voie vaginale (*Gaz. des hôp.* 1891, p. 639).

— Diagnostic et traitement des tumeurs de l'abdomen et du bassin. Paris, 1895.

PENROSE (Charles B.). — Hystérectomie par les voies abdominales et vaginales (*Américan J. of obst.* Déc. 1896, *Sem. gyn.,* 1896).

PÉRATI. — Technique de l'hystérectomie vaginale (thèse de Paris, n° 237).

PICHEVIN. — De l'extirpation totale de l'utérus par la voie vaginale. Historique (*Semaine gynéc.* 1897, pages 177, 178, 179).

— A propos de l'hystérectomie (*Sem. gynéc.,* année 1898, page 1).

— Cure radicale du cancer utérin. *Semaine gynécologique,* année 1898, page 25.

PICQUÉ. — De l'intervention chirurgicale dans le cancer de l'utérus. *Thèse d'agrégation*. 1880. Paris.

PINARD. — Clinique obstétricale. 1899, p. 119.

POBEDINSKI (de Moscou). — Sur le traitement du cancer du col pendant la grossesse et l'accouchement, avec deux observations. (*Annales de gynéc. et d'obst.*, 1898, p. 281.)

POZZI. — Traité de Gynécologie.

PRYOR (W. R.). — Ligature transpéritonéale des deux artères iliaques internes pour récidive dans la cicatrice à la suite de l'hystérectomie vaginale pour carcinôme utériu (*American Journ. of obstetrics*, avril 1897. *Sem. gyn.*, 1897, page 223).

QUÉNU. —*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*. 1892, p. 331. De l'hystérectomie vaginale par section médiane dans le traitement des suppurations pelviennes (*Annal. de Gyn.*, 1892, p. 321)

— Cancer du col enlevé par laparotomie. (*Société de Chir*. 5 mars 1898).

RICHARD. — Contribut. à l'étude des métrites séniles. Thèse Paris, 1897.

RICHELOT. — L'hystérectomie vaginale contre le cancer de l'utérus et les affections non cancéreuses. Paris, 1894.— *Congrès de chirurgie* Paris, 1895, p. 905.

ROUFFART. — Du choix de l'intervention dans le traitement du cancer utérin (*Journ. méd.*, 1897, n° 48, p. 590, et *Sem. gynéc.*, 1897, p. 12).

— Intervention abdominale dans le cancer utérin (*Bull. de la Soc. belge de gynéc. et d'obst.*, 1898).

RUSSEL (W. W.). — Importance opératoire des métastases et récidives postopératoires dans le carcinôme de l'utérus (*Amer. Jour. of Obstetrics. Sem. Gyn.*, page 55. 1897.)

SAENGER. — Hystérectomie vaginale avec les pinces (*Centralb. f. Gyn.*, 23 janv. 1897 *Sem. gyn.* 1897).

SCHMELTZ (de Nice). — Nouveau procédé d'hystérectomie abdominale (*Sem. gyn.* 1899, p. 39).

SCHUCKARDT (de Stettin). — Extirpation de l'utérus par la voie paravaginale. 25ᵉ Congrès allemand de chirurgie (*Rev. de chir.*, page 63, année 1897).

SECHEYRON. — Traité d'hystérotomie et d'hystérectomie. Paris, 1889.

SEGOND (Paul). — De l'hystérectomie vaginale. (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, février 1891).

— Rapport sur les suppurations pelviennes, p. 33. *Congrès international de gynécologie et d'obstétrique*, 1894.

— *Bull. et Mém. de la Soc. de chirurgie de Paris*, 1895, p. 309.

— *Société de Chirurgie*, 1898, p. 602.

SEMATYKY (Saint-Pétersbourg). — De la sérothérapie dans les néoplasmes malins. XIIᵉ Congrès international de médecine tenu à Moscou 1897. *Rev. de chir.* page 937, année 1897.

Simpson. — *Soc. méd. chir. d'Edimbourg*, 20 mai 1896. *Brit. Med. J.* et *The Lancet*, 6 juin 1896.

Sinclair (W. J.). — Complication de la grossesse et de la parturition par le cancer de l'utérus (*Med. Chronicle*, mai 1896. *Sem. gyn* , 1896).

Sureau. — Du curettage comme traitement palliatif de l'épithélioma du col utérin (Thèse Bordeaux, 1897).

Targett. — Examens microscopiques de curettage utérin (*Soc. Huntérienne*, 23 nov. 1897. (*Brit Med. J.*, 11 déc. 1897).

Terrier. — Des résultats immédiats et éloignés de l'hystérectomie vaginale dans le cas de cancer de l'utérus (*Revue de chir.*, année 1888, pp. 349, 459).

— De l'hystérectomie abdominale totale et partielle (supra-vaginale). Communication au Congrès français de chirurgie, XIe session (*Revue de chir.*, année 1897, pp. 884, 1103, 1112, 1118, 1119).

— De l'hystérectomie abdominale totale et partielle (supra-vaginale). (*Revue de chir.*, année 1898, pp. 1143-1165).

Terrier et Hartmann. — Des résultats immédiats et éloignés de l'hystérectomie vaginale dans le cas de cancer de l'utérus (*Revue de chir.*, année 1892, p. 295).

Tessier. L'hystérectomie vaginale par angiotripsie sans pinces à demeure ni ligatures. Thèse de Paris 1897-1898.

Texier (J.). — Des indications de l'hystérectomie vaginale dans le traitement de l'épithélioma du col de l'utérus (Thèse de Bordeaux, 1897).

Theilhaber. — *Arch. f. Gyn.*, 1894. Bd. XLVII. *An. de Gyn. et d'Obst.* 1894, p. 225.

Thésée. — Contribution à l'étude du décubitus acutus, complication possible de l'hystérectomie vaginale (Thèse Paris, 1896-1897).

Thom (de Magdebourg). — Du Cancer de l'utérus. 69e Congrès des naturalistes et médecins allemands réunis à Brunswick du 20 au 26 septembre 1897 (*Sem. Gyn.*, page 373, année 1897).

Tuffier. — Essai sur les vasculaires dans les tumeurs inopérables et dans certaines infections. 11e congrès français de chirurgie. Paris, 1897, p. 192.

— *Bulletin de la Soc. de Chirurgie*, 1897 et 1898.

— *Revue de Chirurgie abdominale et gynécologique*, n° 4, 1898.

Tuffier et Dujarrier. — De l'extirpation totale de la vessie pour néoplasmes (*Rev. de chir.*, année 1898).

Valat. — De l'épithélioma primitif du corps de l'utérus. Thèse de Paris, 1888.

Varnier et Delbet. — Rétroflexion complète de l'utérus gravide à terme. Obstruction pelvienne par un fibrôme adhérent. Hystérectomie abdominale totale. Guérison (*Ann. de gynéc. et d'ob.*, février 1897, page 102).

Wathen (William H.). — L'hystérectomie vaginale (*the American Journal of Obstetrics*. Sept. 1896. *Sem. gyn.*, 1896).

Veit (J.). — Indications de la voie abdominale et de la voie vaginale (*Centralbl. f. gyn.*, p. 857, 1896. *Sem. gén*, 1896).

Verneuil. — Discussion à la Société de chirurgie, nov. 1888.

Vitrac (J.). — Tuberculose végétante du col utérin simulant le cancer (*Arch. de méd. expérim. et d'anatomie pathol.*, n° 2, mars 1898).

— Deux hystérectomies vagino-abdominales « de nécessité » pour épithélioma primitif du corps de l'utérus (*Gaz. hebd. des Sciences. méd.* Bordeaux, 1897, n° 21, p. 219).

Williams (Roger). — Morphologie du cancer de l'utérus (*British gynæc. Soc.* 9 janv. 1896.—*Brit. gynæcol. Soc.* 7 février 1896. *Sem. gyn.*, 1896).

— Caractères cliniques du cancer de l'utérus (*Lancet*, 17 oct. 96).

Ziembicki. — De la méthode française d'hystérectomie vaginale avec forcipressure consécutive à demeure (*Prezgl. Lek.*, n°s 3, 4, 5, 6, 12, 13, 14, 1896, *Semaine gynécologique*, année 1898, page 31).

TABLE DES MATIÈRES

Poitiers. — Imp. BLAIS et ROY, 7, rue Victor-Hugo.

